6

Documentación clínica

SUMARIO

1. Documentación clínica: historia clínica (HC)
2. Historia clínica hospitalaria (HCH)
3. Historia clínica en Atención Primaria (HCAP)
4. Historia clínica electrónica (HCE)
5. Otros documentos clínicos
6. Archivos clínicos

RETO INICIAL

Trabajas como TCAE en la Unidad de Urología donde ingresa G.L.P., con NHC 0387 para ser intervenido de hipertrofia benigna de próstata.

¿Qué documentos crees que deberá contener su historia clínica tras finalizar el proceso asistencial?
¿Cómo crees que se ordenarían todos estos documentos?

1. Documentación clínica: historia clínica (HC)

La **documentación clínica** hace referencia a los documentos que se generan en la atención sanitaria al paciente y en la gestión relacionada con dicha atención.

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 es la principal norma legal que establece los aspectos básicos de la historia clínica, HC, y la define como:

La **historia clínica** es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole, sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Además, esta ley establece que todo paciente tiene derecho a que quede constancia (escrita o en el soporte más adecuado) de la información obtenida en todos los procesos de asistencia sanitaria.

Importancia de la HC

Resulta de vital importancia poder contar con una buena historia clínica para ejercer una actividad profesional de calidad ya que:

- La HC permite a los profesionales contar con los datos del paciente, de su enfermedad, de los estudios e intervenciones realizadas, tratamientos prescritos, etc., para poder ofrecer una asistencia sanitaria de calidad.
- Los documentos que conforman la HC estarán agrupados en un mismo espacio físico o digital y ordenados de tal manera que permita al facultativo un acceso rápido a la información. Así se puede realizar el diagnóstico con mayor rapidez.
- La HC es un elemento probatorio de primera magnitud en un juicio por responsabilidad profesional.

Existen **distintos tipos** de historia clínica. Según el centro en el que se presta la asistencia están la HC hospitalaria y la HC de Atención Primaria. Otra clasificación puede ser por especialidades o por formato: HC tradicional o electrónica. La HC se usa en todo tipo de centro sanitario, también en las consultas privadas.

1.1. Funciones de la HC

Las principales **funciones de la HC** son las siguientes:

Funciones de la historia clínica	
Asistencial	Imprescindible para una atención sanitaria de calidad, pues contiene los datos que hacen posible el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la evolución del paciente. Es el medio idóneo para transmitir la información entre los profesionales que le atienden.
Docente	Facilita la formación inicial y continuada de los profesionales sanitarios.
Investigación	Proporciona muchos datos para los estudios médico-sanitarios, epidemiológicos, etc.
Gestión sanitaria	Sirve para evaluar la calidad de la atención, así como para planificar y gestionar los recursos sanitarios.
Jurídico-legal	Muestra cómo se ha desarrollado la atención sanitaria y si ha sido adecuada, por lo que es clave en reclamaciones o procesos judiciales.

1.2. Requisitos y características de la historia clínica

Los **requisitos y características** de una HC son los siguientes:

Única, integrada y acumulativa	La información generada en el centro sanitario en el que se atienda a un paciente, se acumula e integra en un único expediente, lo que permite un conocimiento actualizado y completo del estado de salud del paciente. Es única porque no pueden existir dos pacientes con el mismo número de HC, integrada porque incluye todos los documentos pertenecientes al paciente y acumulativa porque cada vez que el paciente genere un proceso asistencial se sumará esta documentación a la HC.
Identificada	Cada HC tiene un identificador que se asigna cuando se abre y que aparecerá en todos los documentos, lo que evita confusiones y duplicidades. Suele ser un número secuencial generado por el sistema informático del centro sanitario. A veces se usan como identificadores el número de la tarjeta sanitaria, el DNI o fecha de nacimiento e iniciales de apellidos.
Normalizada	La creación de la HC emplea soportes y documentación (formatos y registros) con un contenido mínimo obligatorio que han sido aprobados por el órgano competente.
Ordenada y secuencial	Los documentos que forman parte de la HC deben clasificarse en un orden previamente establecido; además, se ordenan los episodios asistenciales de manera cronológica.
Conservable y recuperable	La HC debe archivarse de forma segura, sea cual sea el soporte en el que se encuentre (papel, informático, etc.), y, por tanto, se podrá reproducir la información cuando se necesite, haciendo posible el acceso a la HC a quienes legalmente puedan hacerlo y evitando su destrucción o pérdida accidental.
Identificación de personal sanitario	En la HC deben quedar identificados **los profesionales sanitarios** que intervienen en el proceso asistencial, que suelen ser varios en la atención hospitalaria; lo exige la actual normativa y puede ser de importancia desde el punto de vista jurídico-legal.

Mínimos de calidad para las historias clínicas. Recomendaciones OMS

- Identificación clara del paciente.
- Identificación de los profesionales que lo atienden.
- Legibilidad e inteligibilidad para personal cualificado.
- Fiabilidad, concisión y organización lógica.
- Accesibilidad.

Para registrar la historia clínica se deben seguir estas normas:

Normas para el registro de información en la HC

- Registro **veraz:** lo que se escribe es cierto y nunca se registrará algo que no se haya realizado.
- **Completo:** se deben anotar los principales datos de la situación clínica y la atención sanitaria; no debe omitirse información relevante ni hay que olvidar anotar lo que se ha hecho.
- **Claro y legible:** evitando el uso de abreviaturas y términos confusos; si está escrito a mano, debe ser con tinta y con letra que se entienda bien.
- **Identificación y fecha:** debe constar la **identificación** de quien escribe y la **fecha** en la que se hace cada anotación.

La HC en un **documento privado y confidencial.** Los datos relacionados con la salud se consideran en nuestras normas legales (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal) como "especialmente protegidos". Contiene información reservada que se confía al personal sanitario para hacer posible la atención, por lo que el acceso a estos datos queda limitado al paciente y a los profesionales que le asisten.

La **confidencialidad** es un **derecho del paciente** y es **obligación del personal sanitario** que le atiende guardar el secreto profesional. (Ley 41/2002).

Pero el deber del secreto no es absoluto, sino que tiene una serie de límites.

Límites del secreto profesional

- **Autorización expresa del propio paciente:** el consentimiento del paciente exime de responsabilidad, pero, para evitar problemas, es imprescindible que este se recoja por escrito. Es habitual que los enfermos pidan al médico que explique a algún familiar o acompañante su situación, diagnóstico y/o su tratamiento. También se requiere esta autorización para la emisión de certificados médicos solicitados por el paciente.
- **Cuando existe riesgo real para el propio paciente o para terceros:** en pacientes que tienen afectada la autonomía por su estado mental, o en niños, no hay problema en justificar excepciones al deber de secreto para evitarles un daño. Por otro lado, el profesional sanitario está obligado a declarar a las autoridades competentes, con fines epidemiológicos y de salud pública, los casos de enfermedades infecto-contagiosas de declaración obligatoria.
- **Cuando los datos recabados sean constitutivos de delito:** en este caso la ley obliga a denunciarlo inmediatamente.
- **Cuando por imperativo legal el profesional sanitario sea citado a juicio como** testigo **o perito:** siempre y cuando la revelación de la información **sea** esencial para el buen cauce del procedimiento judicial.

Confidencialidad

La Ley 41/2002, entre otras manifestaciones sobre este asunto, dice literalmente lo siguiente:

- *Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley.*
- *La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida. El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.*

2. Historia clínica hospitalaria (HCH)

La **historia clínica hospitalaria (HCH)** es la más compleja, pues debe recoger la gran cantidad de información que se genera en la atención especializada que recibe el paciente: en ella participan distintos profesionales sanitarios y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se usan pueden ser múltiples y variados.

Además de la Ley estatal 41/2002 en la que se tratan algunos aspectos básicos, varias CCAA han regulado el modelo de la historia clínica hospitalaria. Posteriormente, la Comisión de historias clínicas de cada hospital, teniendo en cuenta estas normas, decide cómo será en ese determinado centro y diseña los documentos que la integran y el orden en el que se colocan.

Los principales documentos de la HCH son muy similares en los distintos hospitales. Estos documentos suelen estar **codificados** y a veces llevan un **código de barras** para facilitar su manejo. Por Ley, deben tener un contenido mínimo:

Ficha índice del paciente

Cuando se abre una nueva HC, el sistema informático del centro sanitario genera una ficha resumen o ficha índice del paciente, que contiene el número de historia clínica y los principales datos de identificación del mismo (nombre y apellidos, DNI, sexo, fecha de nacimiento, etc.). Además de almacenar todos estos datos, genera las etiquetas adhesivas que se usan en los diversos documentos de la HC cuando estos son en papel.

Contenido mínimo de la HCH (Ley 41/2002)

1. Documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
2. Autorización de ingreso*.
3. Informe de urgencia*.
4. Anamnesis y exploración física.
5. Evolución.
6. Órdenes médicas.
7. Hoja de interconsulta.
8. Informes de exploraciones complementarias.
9. Consentimiento informado*.
10. Informe de anestesia*.
11. Informe de quirófano o de registro de parto*.
12. Informe de anatomía patológica*.
13. Evolución y planificación de cuidados de enfermería.
14. Aplicación terapéutica de enfermería.
15. Gráfico de constantes*.
16. Informe clínico de alta*.

*Si hay hospitalización o cuando así se disponga.

Las HCH pueden variar ligeramente el nombre, el diseño del contenido de cada documento o el orden que siguen en la HC.

Formato de los documentos de la HCH

- **Nombre y código del documento.**
- **Identificación del centro hospitalario** (y la unidad o servicio asistencial).
- **Identificación del paciente:** NHC, nombre y apellidos, sexo, habitación y cama en la que está hospitalizado y, a veces, otros datos. Se suelen usar las etiquetas adhesivas generadas por ordenador, para evitar errores y datos incompletos.
- **Contenido específico de cada documento.**
- **Identificación de los profesionales que participan en la asistencia** (frecuentemente firmado).
- **Fecha** (y a veces hora) del registro.

Ejemplos 1

Datos de los documentos de la HCH

Identificación del centro

Identificación del paciente

Nombre del documento

Identificación del profesional

Contenido específico del documento

Fecha y hora del registro

Hospital Universitario Ramón y Cajal
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

UCI .....

Apellidos: .....
Nombre: .....
N.I.P: .....
Dirección: .....
Ciudad: .....
Teléfono: .....

VALORACIÓN ENFERMERA AL INGRESO EN CUIDADOS INTENSIVOS

PROCEDENCIA ..... DIAGN. INTERVENCIÓN: .....
ENFERMERA/O ..... FECHA: ..... HORA: .....

RESPIRACIÓN / CIRCULACIÓN

RESPIRACIÓN: ESPONTÁNEA ☐ TIPO ..... UMK ☐ GAFAS ☐ O_2T ☐ FIO_2 ..... Ix .....
MECÁNICA ☐ TIPO ..... TNT ☐ TOT ☐ CÁNULA ☐ Nº .....
SaO_2 ..... SECRECIONES ..... CANTIDAD ..... TIPO .....
TA ..... FC ..... Tª ..... ARRITMIAS ..... MARCAPASOS ☐ FIJO ☐ DEMANDA ☐
PULSOS PERIFÉRICOS ..... CONSERVADOS ☐
CATÉTERES: CENTRALES ☐ LOCALIZACIÓN ..... Nº .....
PERIFÉRICOS ☐ LOCALIZACIÓN ..... Nº .....
ARTERIALES ☐ LOCALIZACIÓN ..... Nº .....
COLOR PIEL: CIANOSIS ☐ PALIDEZ ☐ NORMAL ☐

ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN

NUTRICIÓN: PARENTERAL ☐ ENTERAL ☐ ORAL ☐ DIETA .....

ELIMINACIÓN

DIURESIS: ESPONTÁNEA ☐ SV ☐ Nº ..... DÉBITO ☐ ASPECTO ..... GLOBO V. ☐
DIGESTIVA: PERISTALTISMO ☐ DISTENSIÓN ☐ NAÚSEAS ☐ VÓMITOS ☐
DEPOSICIÓN ☐ CARAC ..... COLOSTOMÍA ☐ ..... S. RECTAL ☐
SUDORACIÓN: LEVE ☐ MODERADA ☐ PROFUSA ☐
DRENAJES: T. TÓRAX: X LOCALIZACIÓN: ..... Nº ..... DÉBITO ..... CARAC. .....
REDON X LOCALIZACIÓN ..... Nº ..... DÉBITO ..... CARAC. .....
OTROS X LOCALIZACIÓN ..... Nº ..... DÉBITO ..... CARAC. .....
SNG ..... Nº ..... PINZADA ☐ GRAVEDAD ☐ ASPIRACIÓN ☐ DÉBITO ..... CARAC. .....

ACTIVIDAD / REPOSO

TRANQUILO ☐ AGITADO ☐ SEDADO ☐ RELAJADO ☐

	CONSERVADA	I - D	DISMINUIDA	I - D	ANULADA	I - D
FUERZA	MI		MS		MS	
	MS		MI		MI	
MOVILIDAD	MS		MS		MS	
	MI		MI		MI	

MOVILIZACIÓN: EN BANDEJA ☐ EN BLOQUE ☐ OTRAS: .....

FERULAS: LOCALIZACIÓN ..... TRACCIÓN ..... Kg .....
PRÓTESIS ..... COLLARÍN .....

SEGURIDAD

NIVEL CONCIENCIA ☐ ORIENTADO ☐ CONSUSO ☐ PALABRAS INAPROP. ☐ SONIDOS ☐ SIN RESPUESTA ☐
PUPILAS: IZQUIERDA DERECHA
REACCIÓN REACCIÓN
N = Normal
L = Lenta
F = Fija
P. DENTAL ☐
SENTIDOS: VISTA: CONSERVADA ☐ DISMINUIDA ☐ PROTESIS ☐
OIDO: CONSERVADA ☐ DISMINUIDO ☐ PROTESIS ☐
ESTADO ANÍMICO: DEPRESIVO ☐ EUFÓRICO ☐ NORMAL ☐
HÁBITOS: AISLAMIENTO

HEMORRAGIA											
DOLOR											
CONFUSIÓN											
HERIDAS											
LUXACIÓN											
FRACTURAS A.											
FRACTURAS C.											
APLASTAMIENTO											
SECCIÓN											
QUEMADURAS											

1 Valoración al ingreso.

Puede resultar de mucha utilidad clasificar los numerosos documentos de la HCH en dos grupos: **documentos médicos** y **documentos de enfermería.**

2.1. Documentos médicos

Los **documentos médicos** están relacionados con la atención médica y son cumplimentados por los facultativos que atienden al paciente.

Existe un gran número de documentos distintos, pero no todos están presentes en las HCH de todos los pacientes atendidos en el hospital.

Documentos más habituales

Los siguientes documentos **siempre** están incluidos en cualquier **HC:**

Hoja clínico-estadística	Resumen de los datos administrativos y clínicos del episodio asistencial, con la información del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria.
Solicitud y autorización de ingreso	Documento necesario para ingresar al paciente. El médico responsable lo solicita, indicando el motivo, y el paciente accede a ser hospitalizado. Además, el paciente con este documento autoriza la realización de medidas diagnósticas y terapéuticas habituales que no precisen del consentimiento informado expreso.
Anamnesis y exploración física	Recogen los datos de la entrevista inicial al paciente (motivo de consulta, datos de la enfermedad actual, antecedentes familiares y personales, etc.) y los de la exploración completa y detallada. Se suelen incluir el juicio diagnóstico provisional y el plan inicial del tratamiento. Pueden emplearse uno o dos documentos.
Evolución	Contiene los cambios significativos en la situación del paciente, modificaciones en el diagnóstico y motivos para cambios en el plan terapéutico, resultados relevantes de las pruebas complementarias, etc. Las anotaciones van con la firma del facultativo responsable y la fecha en las que se escriben.
Órdenes médicas	Recoge, con fecha y firma, las indicaciones terapéuticas prescritas por el médico. Indica la medicación (con dosis, frecuencia y vía de administración), la dieta o los sueros intravenosos y otras órdenes que deben cumplir los profesionales de enfermería. Este documento también suele llamarse *órdenes de tratamiento.*
Informes de exploraciones complementarias	Recogen los resultados relevantes de dichas pruebas; pueden ser de diversos tipos: de laboratorio, de anatomía patológica o citología, de imagen para el diagnóstico, de endoscopias, etc.

CMBD

El **CMBD, Conjunto Mínimo Básico de Datos,** es un resumen impersonal de información administrativa y clínica, que debe ser recogida a partir del informe de alta hospitalaria y completada, si es necesario, con la historia clínica. El CMBD es útil en diversos aspectos de la atención sanitaria, en especial para gestión, planificación, elaboración de presupuestos y evaluación de la calidad.

Otros documentos médicos

Hay otros documentos que dependen de la atención especifica que necesite el paciente.

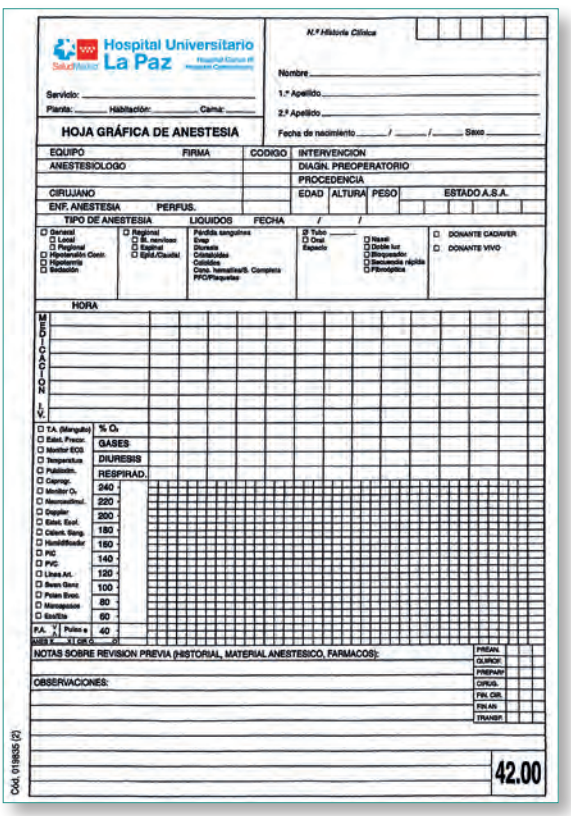
Por ejemplo, si no hay una intervención quirúrgica en el ingreso hospitalario de un paciente, no aparecerá el informe quirúrgico ni el de la anestesia en su historia clínica.

Estos son algunos documentos específicos del tratamiento del paciente que se pueden incluir en la historia clínica hospitalaria:

Hoja de interconsulta	Contiene la petición motivada de consulta a otro servicio o unidad hospitalaria distinta a donde está ingresado el paciente, así como el informe de respuesta del servicio consultado.
Informe de anestesia	Contiene la información proporcionada por el anestesista sobre la valoración del paciente previa a la operación y sobre su actividad durante la intervención quirúrgica y posoperatorio.
Informe quirúrgico	Recoge la información detallada de la operación quirúrgica, con los datos del personal que interviene, la intervención realizada con su protocolo, incidencias y hallazgos importantes, etc. Similar es el registro del parto, en el que se registra la información relacionada con el parto.
Informe de urgencias	Se usa en los casos en los que un paciente es atendido en Urgencias; resume la asistencia urgente y se incorpora a la HCH si el paciente es ingresado en el hospital; si no es ingresado, suele archivarse en el Servicio de Urgencias.

Ejemplos 2

Informe de anestesia e informe quirúrgico


Hospital Universitario La Paz

N.º Historia Clínica

Nombre

1.º Apellido

2.º Apellido

Fecha de nacimiento / / Sexo

Servicio:

Planta: Habitación: Cama:

HOJA GRÁFICA DE ANESTESIA

EQUIPO FIRMA CODIGO INTERVENCION

ANESTESIOLOGO DIAGN. PREOPERATORIO

PROCEDENCIA

CIRUJANO EDAD ALTURA PESO ESTADO A.S.A.

ENF. ANESTESIA PERFUS.

TIPO DE ANESTESIA LIQUIDOS FECHA / /

General / Local / Regional / Hipotensión Contr. / Hipotermia / Sedación

Regional / M. nervioso / Espinal / Epid./Caudal

Pérdida sanguínea / Drep / Diuresis / Cristaloides / Coloides / Cons. hematíes/S. Completa / PFC/Plaquetas

Tubo / Oral / Especiales / Nasal / Doble luz / Bloqueador / Secuencia rápida / Fibroóptica

DONANTE CADAVER / DONANTE VIVO

HORA

MEDICACION I.V.

T.A. (Manguito) / Estat. Precoz / Monitor ECG / Temperatura / Pulsioxim. / Capnog. / Monitor O_2 / Neuromusc. / Doppler / Estat. Eval. / Cateter. Swan / Hemodilución / PIC / PVC / Línea Art. / Swan Ganz / Presión Broncoscopia / Manoscopia / Endiffin

% O_2 / GASES / DIURESIS / RESPIRAD.

240 / 220 / 200 / 180 / 160 / 140 / 120 / 100 / 80 / 60 / 40

P.A. / Pulso a

NOTAS SOBRE REVISION PREVIA (HISTORIAL, MATERIAL ANESTESICO, FARMACOS):

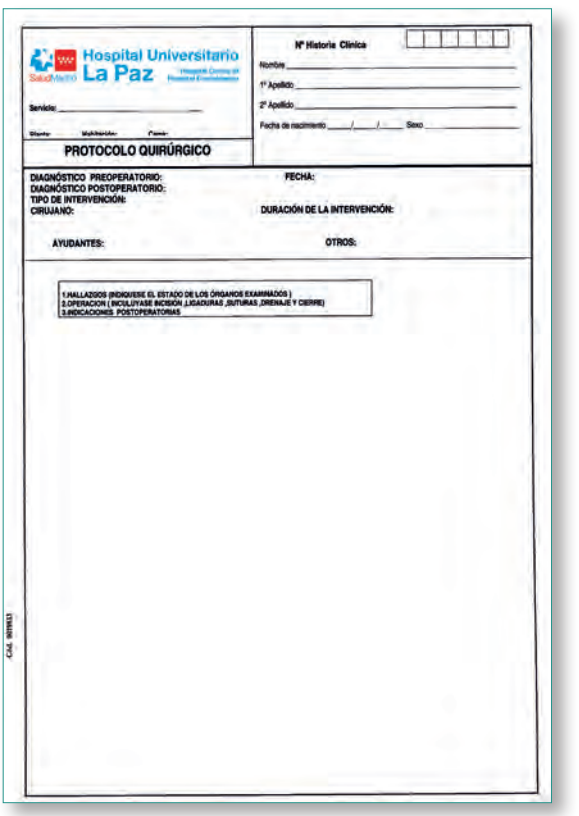
PREAN. / QUIROF. / PREPARP. / CIRUG. / FIN. CIR. / FIN AN / TRANSP.

OBSERVACIONES:

42.00

Cód. 01 98/05 (2)

2 Hoja gráfica de anestesia.


Hospital Universitario La Paz

Nº Historia Clínica

Nombre

1º Apellido

2º Apellido

Fecha de nacimiento / / Sexo

Servicio:

PROTOCOLO QUIRÚRGICO

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO:

TIPO DE INTERVENCIÓN:

CIRUJANO:

FECHA:

DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

AYUDANTES:

OTROS:

1.HALLAZGOS (INDIQUESE EL ESTADO DE LOS ÓRGANOS EXAMINADOS)
2.OPERACION (INCLUYASE INCISIÓN ,LIGADURAS ,SUTURAS ,DRENAJE Y CIERRE)
3.INDICACIONES POSTOPERATORIAS

3 Protocolo quirúrgico.

A continuación, vamos a estudiar algunos documentos médicos de especial importancia, ya que existe una normativa específica para ellos.

El informe clínico de alta

El **informe clínico de alta** es un documento fundamental de la HCH. Es emitido por el médico responsable al finalizar cada episodio asistencial de un paciente. Resume la atención sanitaria recibida.

Es un derecho del paciente recibir este documento y una obligación del centro sanitario, que debe entregarle una copia. El Real Decreto 1093/2010 especifica que, en el Servicio Nacional de Salud, este informe clínico de alta debe tener unos contenidos mínimos.

Ley autonomía del paciente

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. Se puede saber más sobre estos documentos de especial importancia consultando esta ley.

Contenidos mínimos del informe clínico de alta

- **Datos del documento:** nombre del documento, fecha de ingreso y alta, identificación del facultativo responsable, servicio y unidad.
- **Institución emisora:** Servicio de Salud autonómico y hospital.
- **Identificación completa** del paciente.
- **Datos del proceso asistencial.**

Ejemplos 3

Informe clínico de alta

Institución emisora

Servicio y unidad

Identificación del paciente

Datos del proceso asistencial:
- Tipo y motivo del ingreso.
- Exploraciones significativas: resumen de los antecedentes, historia actual y exploración física; resumen de las pruebas complementarias.
- Evolución y comentarios: con las operaciones quirúrgicas o las complicaciones, el diagnóstico principal u otros diagnósticos, procedimientos y tratamiento, con las recomendaciones terapéuticas al alta (dieta, reposo, etc.), los fármacos y otras recomendaciones (próximas citas o revisiones).

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

SERVIZO GALEGO de SAÚDE | Hospital Comarcal de Monforte Monforte

INFORME BREVE DE ALTA

SERVICIO DE
NOMBRE
FECHA DE INGRESO
FECHA DE ALTA
N.º DE H.ª CLÍNICA

MOTIVO DE INGRESO:

EXPLORACIONES SIGNIFICATIVAS:

TRATAMIENTO:

DIAGNÓSTICO:

RECOMENDACIONES AL ALTA:

ASIGNADO Dr./Dra.:

NOTA: PUEDE SER SOLICITADO A SU MÉDICO O SECRETARIA DEL SERVICIO UN INFORME MÁS AMPLIO.

Hospital Comarcal de Monforte - Rúa Corredoira, s/n. - Telf. 982 41 79 00. Fax 982 40 40 06 - 27400 Monforte de Lemos (Lugo)

Nombre del documento

Fecha de ingreso y alta

Identificación del facultativo responsable

4 Informe clínico de alta.

El consentimiento informado

Todo paciente o usuario, una vez que ha recibido la información adecuada, tiene derecho a decidir libremente sobre la asistencia sanitaria que le prestan, así como a negarse al tratamiento, aunque hay excepciones, como, por ejemplo, si existe riesgo grave para la salud pública **(Ley 41/2002 capítulo IV: Respeto a la autonomía del paciente).**

El **consentimiento informado** es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Suele ser verbal, pero necesariamente ha de ser por escrito en intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en tratamientos que supongan riesgos o inconvenientes notorios para la salud del paciente. Lógicamente, no es así en casos de urgencia vital.

Bases legales del consentimiento informado

Puedes consultar las bases legales en el capítulo IV de la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, en el artículo 8 y los artículos siguientes.

Existe un documento distinto para cada técnica diagnóstica o terapéutica de riesgo. El médico debe informar de los riesgos de forma clara, comprensible y concreta; el documento será firmado por el paciente o su representante legal. Si el paciente lo desea, puede cambiar de opinión y revocar este consentimiento y, por lo tanto, anularlo.

Pero el paciente puede negarse a dar el consentimiento siempre y cuando haya recibido toda la información; en este caso, se debe respetar su decisión. La ley establece que todo paciente tiene derecho a negarse a la realización de un proceso diagnóstico o terapéutico, excepto si esta negativa supone un riesgo para la salud pública o para terceras personas. Su negativa debe constar por escrito.

Cuando el paciente no autorice una intervención, debe ser informado de los procedimientos alternativos que existan y deben serle ofertados si están disponibles, aunque tengan carácter paliativo. Si no existieran procedimientos alternativos o si rechazase todos ellos, se propondrá al paciente la firma del alta voluntaria.

Cuando son los padres o representantes legales los que se niegan a dar el consentimiento, debe hacerse constar en la HC las circunstancias por las que no se da el consentimiento por si fuera preciso solicitar autorización judicial. Siempre que exista urgencia y riesgo vital, cuando los padres o representantes no actúen en beneficio del menor o incapaz, los profesionales sanitarios asumirán su defensa y llevarán a cabo las actuaciones que sean necesarias. En el supuesto de que el problema no requiriera de una actuación inmediata pero el problema de salud ponga en peligro su vida, debe notificarse la situación a la fiscalía para que ésta asuma su representación y poder así obtener la autorización judicial para el tratamiento.

Alta voluntaria

El paciente puede también decidir abandonar el hospital sin el alta médica, aun en contra del criterio de los médicos que le atienden, por ejemplo, porque no acepte el tratamiento que le proponen, solicitando el alta voluntaria.

El **documento de alta voluntaria** debe estar firmado por el paciente o su representante, con el "enterado" del médico. Mediante este escrito, el paciente asume la responsabilidad de los posibles problemas que pudieran surgir. El abandono voluntario del hospital es uno de los derechos del paciente, por lo que no deben existir consecuencias desfavorables para él por parte del centro ni de los profesionales que lo atienden.

Como hemos visto, si no existieran procedimientos alternativos o si rechazase todos ellos, se propondrá al paciente la firma del alta voluntaria. Pero, el paciente puede negarse a firmarla; en este caso la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley.

Además, en el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

2.2. Documentos de enfermería

Los **documentos de enfermería** reflejan la asistencia prestada por el personal de enfermería y auxiliares, en muchos casos relacionada con el proceso de atención de enfermería.

Documentos más importantes

Valoración de enfermería	Recoge, de forma ordenada y completa, los datos de la valoración inicial de enfermería, organizados bien por necesidades humanas, bien por patrones funcionales de salud.
Planificación de cuidados de enfermería y evolución	Contiene los diagnósticos de enfermería y el plan de cuidados del paciente, así como la administración de dichos cuidados (con fecha, a veces hora y firma) con las respuestas del paciente a los cuidados y las incidencias observadas. Algunos hospitales usan dos documentos: planificación de cuidados y evolución de enfermería.
Aplicación terapéutica de enfermería	Registro de la administración de medicamentos (y otras prescripciones médicas) con los detalles (medicamento o tratamiento, dosis, vía, fecha y hora) y las incidencias que se presenten. Debe constar la identidad del enfermero que la realiza. En algunos hospitales este documento se denomina *administración de tratamientos o de medicación*.
Gráfica de enfermería	Registro, habitualmente tres veces al día, de las constantes vitales del paciente (pulso, temperatura, presión arterial, frecuencia respiratoria) y otros datos de seguimiento como diuresis, balance hídrico, aporte dietético, peso, etc., útiles en el control de la evolución del paciente. En unidades especiales en las que se necesita un control más exhaustivo y frecuente de los pacientes, como la UCI o REA, hay documentos especiales para anotar constantes de forma más pormenorizada y frecuente (registro horario).
Informe de enfermería al alta	Recoge la valoración de necesidades o problemas de salud, los diagnósticos de enfermería y los cuidados que necesita el paciente cuando abandona el hospital; se entrega una copia al paciente.

Además, puede haber otros documentos, como las hojas de enfermería de quirófano y de preparación para la cirugía, enfermería de urgencias, hojas de control de exámenes complementarios, etc.

Ejemplos 4

Registro de administración de medicación de enfermería

Hoja n.º

Hospital del Norte

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

ENFERMERÍA

Unidad de enfermería | Especialidad

Alergias

Medicación | Vía | Día ➡ Hora ⬇

DIETA

Fecha pruebas

Peticiones

Firma enfermera turno M

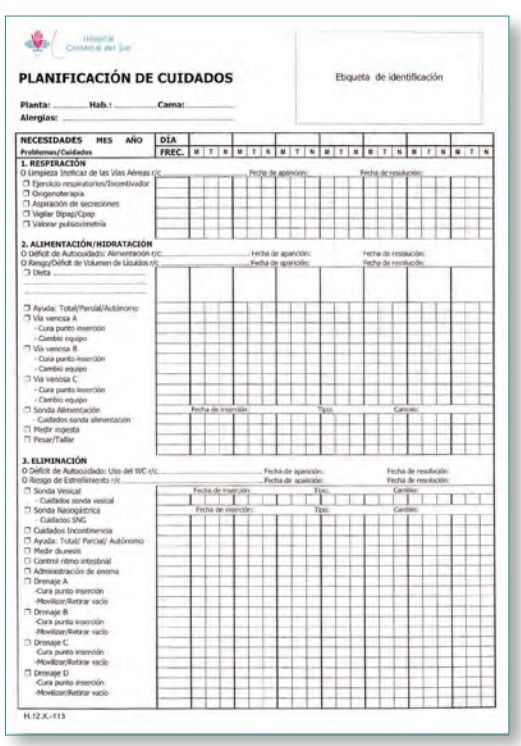
Firma enfermera turno T

Firma enfermera turno N

5 Registro de administración de medicación de enfermería.

Ejemplos 5

Documentos de enfermería



Hospital Comarcal del Sur

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Etiqueta de identificación

Planta: ..... Hab.: ..... Cama: .....

Alergias: .....

NECESIDADES MES AÑO DÍA

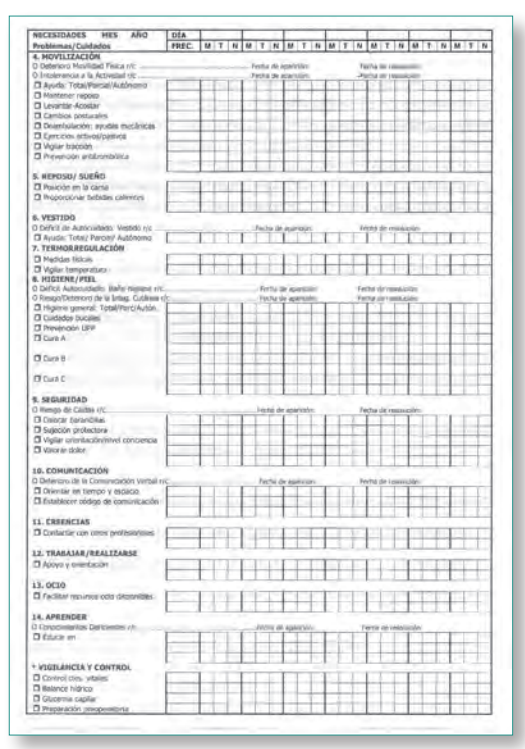
Problemas/Cuidados FREC. M T N M T N M T N M T N M T N M T N M T N

1. RESPIRACIÓN

2. ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

3. ELIMINACIÓN

H.12.K.-113



NECESIDADES MES AÑO DÍA

Problemas/Cuidados FREC.

4. MOVILIZACIÓN

5. REPOSO/ SUEÑO

6. VESTIDO

7. TERMORREGULACIÓN

8. HIGIENE/PIEL

9. SEGURIDAD

10. COMUNICACIÓN

11. EXIGENCIAS

12. TRABAJAR/REALIZARSE

13. OCIO

14. APRENDER

+ VIGILANCIA Y CONTROL

6 Planificación de enfermería.

Ejemplos 6

Actividades auxiliar de enfermería

Hospital Universitario Ramón y Cajal
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

1º Apellido: .....
2º Apellido: .....
Nombre: ..... Nº HISTORIA
Cama: ..... Servicio: .....
Edad: ..... Teléfono: .....

ACTIVIDADES AUXILIAR DE ENFERMERÍA

UNIDAD ..... ITT/TLF ..... CAMA ..... AÑO ..... MES .....

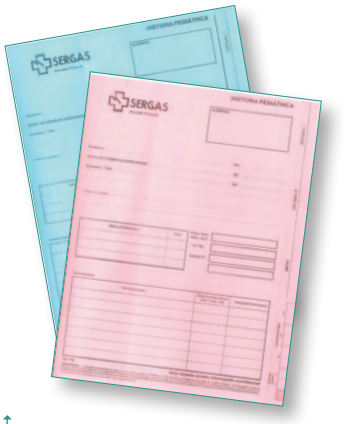
ALERGIAS ☐ NO CONOCIDAS ☐ SI A: ..... TALLA .....

DIA									
TURNOS	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
AUX. DE ENF.									
PESO									
TEMPERATURA									
AYUNAS (A-Q-P)									
GDO. DE DEPENDENCIA									
ALIMENTACIÓN									
HIGIENE									
MOVILIZACIÓN									
EVACUACIÓN									
DIETA/SUPLEMENTOS									
INGESTA ..MAÑANA									
TARDE									
NOCHE									
TOTAL									
DIURESIS ..MAÑANA									
TARDE									
NOCHE									
TOTAL									
Nº Deposiciones									
ENEMAS									
VÓMITOS									
OTRAS ACTIVIDADES									

7 Actividades auxiliar de enfermería.

3. Historia clínica en Atención Primaria (HCAP)

Al ser la Atención Primaria muy distinta a la que se presta en los hospitales, la historia clínica en Atención Primaria, HCAP, es claramente diferente a la historia clínica hospitalaria, HCH.



8 Carpetas de la HCAP del Servicio gallego de salud.

Características de la Atención Primaria
– **Está orientada por problemas de salud,** en vez de la organización cronológica hospitalaria. – Debe **reflejar** la **atención continuada** que se da en la Atención Primaria, distinta de la fragmentada en episodios de hospitalización que observamos en la HCH. – Debe **tener en cuenta** las **actividades de prevención** de las enfermedades y promoción de la salud, de mayor importancia en la Atención Primaria.

No existe un modelo unificado de HCAP en las distintas comunidades autónomas, aunque en general los principales documentos que usan son similares.

3.1. Estructura de la HCAP en formato papel

Actualmente se emplea la historia clínica informatizada, pero si hubiera que recurrir a la HCAP en papel, se archiva en un sobre, en el que se guardan distintos documentos. Los principales son los siguientes:

Carpeta individual	Hojas de biografía sanitaria o de datos generales	Hoja de evolución	Lista de problemas
– En la **portada** de la HCAP figuran los datos de identificación y los de importancia vital. – Esta carpeta tiene funciones de **contenedor,** con solapas en el interior para alojar el resto de los documentos. – En algunas CCAA se usan distintos colores de carpeta: azul (hombres) y rosa (mujeres).	– Es el **documento básico.** Recogen **información fundamental:** antecedentes familiares y personales (alergias, enfermedades previas, intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, etc.), hábitos de salud, datos socioeconómicos, culturales y laborales, etc. – Se cumplimenta en las primeras consultas y luego se van completando. – Existe un formato especial para niños, la **hoja pediátrica,** con información sobre el embarazo y parto, lactancia, vacunaciones, desarrollo psicomotor, etc. Pueden incluir las tablas o gráficas de crecimiento (peso y talla en especial).	– **Describe** los **datos más relevantes** que se generan en la atención al paciente, a modo de relato, siempre con las fechas en las que se producen. – En la anotación se sigue la estructura S**OAP.**	– Anotaciones en forma de **lista numerada** y ordenada cronológicamente, de los **problemas de salud** del paciente (enfermedades, signos, síntomas o datos de laboratorio relevantes, minusvalías, etc.). – En algunos casos se distingue entre problemas activos (deben ser seguidos y atendidos en cada visita) y problemas inactivos (basta con recordarlos).

Las siglas de la estructura SOAP se refieren a:

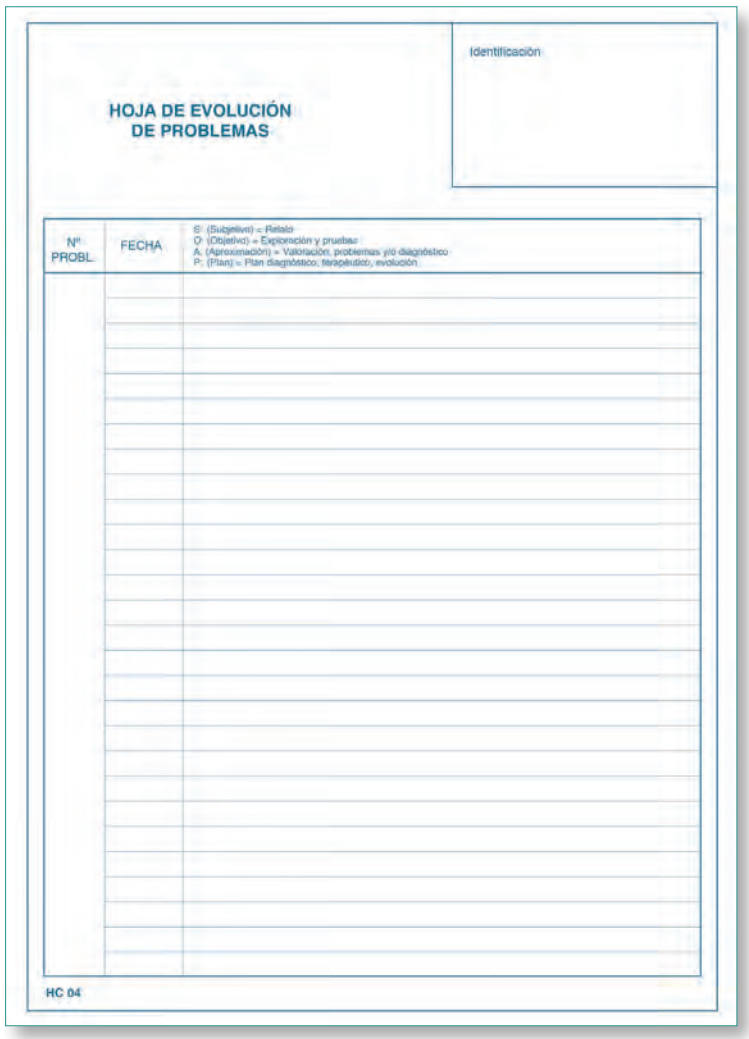
Estructura SOAP	– Datos subjetivos: lo que cuenta el paciente, el motivo por el que acude al centro de salud, los síntomas. – Datos objetivos: los signos que resultan de la exploración médica y exámenes complementarios. – Aproximación diagnóstica: evaluación de los problemas. – Planes: de estudios diagnósticos, si se necesitan, o de tratamiento.

Ejemplos 7

Estructura SOAP en una Hoja de evolución

Un ejemplo de estructura SOAP en una Hoja de evolución puede ser la siguiente:

– **S:** paciente que acude a consulta por dolor de cabeza y cuello.
– **O:** se aprecia inflamación de ganglios linfáticos del cuello.
– **A:** adenopatía.
– **P:** tratamiento con ibuprofeno c/8 horas durante 7 días.



Identificación

HOJA DE EVOLUCIÓN
DE PROBLEMAS

Nº PROBL.	FECHA	S: (Subjetivo) = Relato O: (Objetivo) = Exploración y pruebas A: (Aproximación) = Valoración, problemas y/o diagnóstico P: (Plan) = Plan diagnóstico, terapéutico, evolución

HC 04

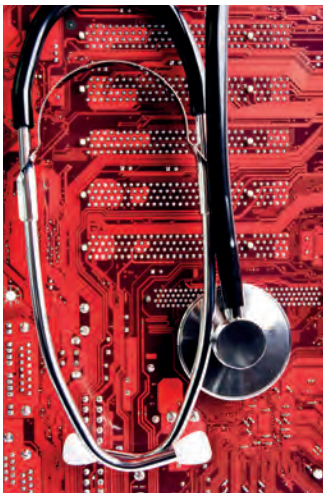
9 Hoja de evolución.

Otros documentos que se pueden incluir en la HCAP son:

Otros documentos de la HCAP

– **Hoja de seguimiento de adultos o de ancianos:** para revisiones programadas (presión arterial, hábitos de vida, obesidad, diabetes, colesterolemia, etc.)
– **Tabla resumen de analíticas y otras exploraciones.**
– **Hoja de seguimiento del embarazo.**
– **Petición de interconsulta:** para enviar al paciente a consultas especializadas.

4. Historia clínica electrónica (HCE)



El uso de medios informáticos para la elaboración y gestión de la historia clínica en nuestro país es cada vez más común. Los programas informáticos integran todo lo relacionado con la HC y las tareas de gestión de los centros sanitarios y de organización del trabajo de los profesionales.

La informatización de las HCAP en el SNS (Sistema Nacional de Salud) está prácticamente completada. En los hospitales públicos de nueva creación, ya está implantada la historia clínica electrónica, dejando de lado la tradicional documentación clínica en papel; en la gran mayoría del resto de los hospitales del SNS, la HC está también informatizada o existen proyectos para hacerlo.

Pero la informatización no se está realizando de forma homogénea en nuestro país, ya que cada comunidad autónoma dispone de un programa propio, diferente al de las demás (tanto en Atención Primaria como en especializada). Aun así, es posible compartir la información clave de la atención sanitaria a los pacientes por medio de los documentos fundamentales de la HC, tal como veremos un poco más adelante.

4.1. Seguridad y confidencialidad

Respecto a la seguridad de la información presente en la HCE, **se consideran tres aspectos:**

Seguridad de la información en la HCE

- **Disponibilidad.** La información ha de poder ser consultada en cualquier momento por quien la necesite.
- **Integridad.** La información debe ser veraz y completa y estar protegida frente a posibles accidentes, pérdidas o ataques externos.
- **Confidencialidad.** El acceso a la información solo es posible para algunas personas, pero no para cualquiera. Siempre debe saberse quién accede a la información, a qué datos, cuándo y cómo lo hace.

Deben cumplirse de forma escrupulosa las normas legales en lo referente a la seguridad, la privacidad y confidencialidad de la información clínica. Ha de haber mecanismos que aseguren la permanencia y el archivo de la información, creando y guardando copias de seguridad de forma periódica y automática y evitando su pérdida o manipulación.

De igual forma, es imprescindible una contraseña para el acceso a la HC, con perfiles distintos según el tipo de profesional. Cada vez que alguien accede a una HC determinada, debe quedar constancia de quién ha sido, dónde y cuándo lo ha hecho y qué documentos ha consultado. Así podrá vigilarse que se haga de forma correcta, o sancionarse en los casos en los que se hace indebidamente.

4.2. Ventajas e Inconvenientes de la historia clínica electrónica, HCE

Las ventajas y los inconvenientes de la historia clínica electrónica son estos:

Ventajas	Inconvenientes
– **Acceso inmediato y simultáneo** a la información clínica para profesionales que atienden a un paciente, en el mismo o en distintos centros sanitarios. – Facilita la organización, integración, ordenación y actualización de la **gran cantidad de información** que se va generando en la atención sanitaria. Por ejemplo, permite conocer rápidamente los resultados e informes de pruebas realizadas, lo que facilita la toma de decisiones. – Permite **generar informes** clínicos fácilmente. – Agiliza todos los aspectos de la HC relacionados con la **gestión sanitaria:** obtención rápida de información (como el CMBD, por ejemplo), planificación, evaluación de la calidad, etc.	– La necesaria **seguridad y confidencialidad** de los datos clínicos, accesibles a varias personas (aunque sea en forma regulada y controlada), obliga a **extremar las medidas de precaución.** – Necesidad de **fuertes inversiones económicas** para la adquisición e implantación de las redes, equipos y programas informáticos necesarios, así como para la formación inicial del personal. También habrá que prever los gastos para las actualizaciones periódicas. – **Posibles problemas técnicos** en el acceso a la información en la red (Internet, intranet), fallos en los equipos informáticos, etc. – **Resistencia de algunos profesionales sanitarios** a las nuevas formas de trabajo, que aumenta si el modelo de HC electrónica es rígido y no se adapta a las necesidades de los usuarios.

4.3. Principales características de la HCE y la HC en papel

La siguiente tabla muestra las diferencias más importantes entre la HCE y la HC en papel.

Tabla de comparación entre HC electrónica y HC en papel		
Características	**HC electrónica**	**HC en papel**
Accesibilidad y disponibilidad	Inmediata en cualquier momento y lugar, si hay conexión informática para usuarios con permiso. Múltiples usuarios. Facilita la comunicación con otros profesionales.	Solo en un lugar, en el centro donde se genera. Se tarda más en encontrar la información. Único usuario. Comunicación entre profesionales más difícil.
Integridad de HC Continuidad asistencial	Puede combinar la información de datos de distintos ámbitos y centros asistenciales. Posibilita la continuidad asistencial y facilita el seguimiento del proceso (pruebas pendientes, citas, etc.). Evita repetir pruebas al disponer siempre de toda la información.	En la práctica, solo se dispone de información del propio centro. No es útil para la continuidad asistencial ni para el seguimiento del proceso. Los retrasos y pérdidas de documentos hacen que se repitan pruebas.
Temporalidad y secuencialidad	Garantizada por la inserción automática de fecha y hora. Ordenación automática.	Se olvida a veces la fecha y/o la hora. Posibles errores al ordenar y secuenciar la información.
Durabilidad	No se altera con el tiempo.	Se estropea con el tiempo, por el uso y el deterioro del papel.
Seguridad de la información	Con buenos sistemas de seguridad, evita que se pierda la información.	Se puede extraviar completa o parcialmente.
Inviolabilidad	No puede ser adulterada, pues siempre hay firma digital con inclusión automática de fecha y hora.	Puede llegar a rehacerse total o parcialmente sin que pueda comprobarse.
Legibilidad. Errores en los datos	Claridad absoluta en los datos. Menor número de errores. Se pueden establecer filtros y rangos de valores normales.	A veces es confusa o ilegible. Mayor riesgo de inexactitudes y errores al escribir los datos.

4.4. Historia clínica digital (HCD)

La HCD hace posible la comunicación de los datos extraídos de la historia clínica electrónica (HCE) y otros sistemas de información de las CCAA, lo que permite que puedan acceder a ellos los ciudadanos y los profesionales sanitarios autorizados en cualquier lugar del territorio nacional o del exterior.

Es un elemento de cohesión del SNS que posibilita la calidad de la atención, la seguridad y la continuidad asistencial, ya que, ante un proceso asistencial, los profesionales sanitarios podrán consultar un conjunto de datos determinado, generados en cualquier servicio de salud del SNS.

Además, los ciudadanos pueden acceder a datos de su expediente clínico y pueden conocer el servicio y/o centro que ha accedido a sus datos, pueden restringir el acceso a documentos y reclamar si consideran que ha habido un acceso no justificado.

Los documentos que contienen los datos clínicos de la HCD son:

Características de los documentos de la HCD

Puedes consultar las características de estos documentos en el Real Decreto 1093/2010 por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el SNS.

Documentos que contiene la HC digital del SNS

- Historia clínica resumida (HCR); es un documento de especial interés para pacientes y profesionales, ya que contiene la información imprescindible para el profesional sanitario que va a atender al paciente por primera vez. Por lo tanto, lo principal serán los datos actuales: problemas de salud en activo o tratamientos, por ejemplo.
- Informe de Atención Primaria.
- Informe clínico de urgencias.
- Informe clínico de alta.
- Informe clínico de consulta externa de especialidades.
- Informe de cuidados de enfermería.
- Informe de resultados: de pruebas de laboratorio; de pruebas de imagen; de otras pruebas diagnósticas.

Pueden acceder a la HCD las siguientes personas:

Personas que acceden a la HCD

- **Profesionales sanitarios del SNS.** Acceden a las HCD de los pacientes a los que atienden, para lo que deben contar con su permiso. El sistema informático conserva el rastro de quienes accedan y de la información consultada.
- **Ciudadanos.** Acceden a su propia HCD a través de la página web habilitada por el Servicio de Salud de su comunidad autónoma. Se necesita la tarjeta sanitaria individual y la firma electrónica o DNI electrónico. Podrán consultar, imprimir o guardar los diversos documentos, consultar los accesos que se hayan realizado y reclamar sobre los accesos producidos; también pueden convertir en ocultos los informes clínicos que consideren.

Informe de cuidados de enfermería

Es el único **documento de enfermería** que forma parte **de la HCD.** Además de los datos habituales propios de cualquier documento (nombre del documento, identificación del paciente, del centro sanitario y de los profesionales), incluye el resumen de los datos del proceso asistencial desde el punto de vista de los cuidados enfermeros:

— Motivo del alta o derivación enfermera.
— Antecedentes y entorno.
— Diagnósticos enfermeros resueltos y activos.
— Resultados de enfermería e intervenciones de enfermería.
— Protocolos asistenciales en los que está incluido.

5. Otros documentos clínicos

Existen otros documentos clínicos de menor interés, entre los que citamos:

- Los que forman parte de la **historia clínica en consultas médicas privadas.**
- Los que constituyen la **historia clínica odontológica.**
- Los informes que se pueden generar en el curso de la **atención sanitaria de urgencias** fuera del hospital y del centro de salud.

Conservación de la HC

Diversas comunidades autónomas han dictado normas en las que se regula de forma más detallada la conservación de documentos de la HCH. Las exigencias legales no son idénticas, pero suelen requerir la conservación indefinida de algunos documentos; los más habituales son el informe de alta (en todos los casos), el consentimiento informado y los informes quirúrgicos, de parto, de anestesia y de exploraciones complementarias.
Regulan también la destrucción **(expurgo)** en plazos determinados de aquellos otros documentos que no deben ser conservados indefinidamente.

6. Archivos clínicos

Es responsabilidad de la dirección del centro sanitario y de los propios profesionales sanitarios, cuando desarrollan su actividad de forma individual (en pequeñas consultas, por ejemplo), tanto organizar y mantener en funcionamiento el archivo clínico como proporcionar las medidas de seguridad idóneas para garantizar la confidencialidad de los datos de los pacientes.

En la HC electrónica el archivo es mucho más sencillo que en la HC en papel; se lleva a cabo de forma automática por los programas informáticos.

La Ley obliga a cualquier institución sanitaria a conservar la documentación clínica, aunque no necesariamente en su soporte original (los documentos en papel pueden microfilmarse o digitalizarse), durante todo el tiempo adecuado para la asistencia al paciente; como mínimo durante cinco años desde la fecha de alta de cada proceso asistencial.

En los **hospitales**, el archivo de historias clínicas es una **unidad que depende del servicio de admisión y documentación clínica.** Normalmente, existe un único **archivo centralizado** en el que se encuentran todas las historias clínicas de los pacientes atendidos en el hospital. Cada **HC** se guarda en una carpeta, que **se abre en el momento del primer contacto del paciente con el centro hospitalario.** Dentro de esta carpeta general, la HCH se organiza por episodios asistenciales, que se ordenarán de forma cronológica, desde el primero que motivó la apertura de la HC hasta el último más reciente. Cuando un paciente ingresado es dado de alta, los documentos que se han ido generando durante su atención serán enviados al archivo para incluirlos en la carpeta general, integrados en un nuevo episodio asistencial a continuación de los anteriores episodios.

En los **centros de salud y en las consultas privadas** existe también un archivo donde se guardan las HC, de donde se extraen cuando se necesitan para atender una nueva cita de un paciente.

6.1. Clasificación y ordenación de las historias clínicas

Clasificar y ordenar son actuaciones que realizamos periódicamente. La **clasificación tiene niveles y es bidimensional** mientras que la **ordenación es lineal y unidimensional.** Ambas técnicas tienen ventajas e inconvenientes; la mejor será aquella que nos permita ahorrar tiempo y trabajo en nuestro archivo.

Cuando un paciente vuelve a un centro sanitario para ser atendido, es necesario localizar su historia para disponer de los documentos necesarios. Cuando termine la atención, se debe incluir la información reciente y los nuevos documentos en la HC.

Esto es muy sencillo con la historia clínica electrónica, en la que todos los asuntos relacionados con el archivado se llevan a cabo de forma automática por el propio sistema informático. Sin embargo, con la HC tradicional en papel deben seguirse normas rigurosas de clasificación y ordenación para archivarlas en los estantes, armarios u otros espacios físicos en los que se almacenan para que podamos saber en todo momento dónde se encuentra cualquier historia clínica.

Archivo activo y pasivo

En las instituciones sanitarias con archivos voluminosos, las HC en uso o que se manejan con frecuencia permanecen en el archivo activo.
Pasan al archivo pasivo aquellas que no han sido utilizadas en mucho tiempo (el límite suele ser de 5 años, 3 en algunos casos) o las de pacientes que han fallecido.

6.2. Métodos de clasificación y ordenación de HC

Los **sistemas de clasificación** y **ordenación** de historias clínicas más empleados son los siguientes:

Sistema dígito terminal

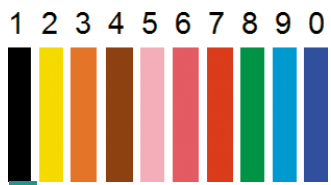
Es el más empleado en los archivos clínicos hospitalarios y en algunos centros de salud. En los hospitales, el identificador de la HC es el número de HC, habitualmente un número secuencial asignado por ordenador; el sistema vale igualmente con otros identificadores numéricos, como, por ejemplo, el número de la tarjeta sanitaria individual.

Consiste en dividir el número de la historia clínica en cifras de dos o tres dígitos empezando por la derecha y así tenemos el sistema de **doble dígito terminal** o de **triple dígito terminal**.

Doble dígito terminal: el archivo se dividirá en 100 secciones. La primera la sección 00, luego la sección 01, 02, y así sucesivamente hasta llegar a las últimas secciones, la 98 y la 99. Además, se puede dividir cada sección en 100 subsecciones.

Triple dígito terminal: el archivo se dividirá en 1.000 secciones (000, 001, 002, …, 999)

Para facilitar el archivado y detectar rápidamente los errores, se usa un código de colores: a cada cifra se le asigna siempre el mismo color (2 = amarillo, 7 = rojo, por ejemplo). En los bordes laterales de las carpetas en las que se archivan las HC se colocan las etiquetas de colores según los dígitos finales de su número de HC, de forma que en cada sección deben coincidir en todas las carpetas las mismas bandas de colores. Una HC dejada por error en una sección del archivo que no le corresponde, llamaría rápidamente la atención por su diferente franja de colores respecto a las colocadas junto a ella. Los códigos de colores se pueden emplear también con cualquier sistema de clasificación basado en números.



10 Código de colores.

Ejemplos 8

Sistema de clasificación de una HC

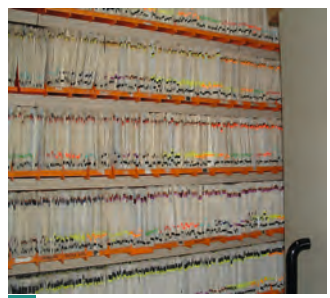
Una historia clínica con el número 23.100, atendiendo a **sistema de doble dígito terminal,** estará en la sección 00; las HC 02.229 y 34.629, en la sección 29.
Como, además, se puede dividir cada sección en 100 subsecciones, la HC 02.229 se archivaría en la subsección 22 de la sección 29 y la 34.629 en la subsección 46 de la misma sección.
Con la clasificación de triple digito terminal, la HC con número 134.550 se archivará en la sección 550, subsección 134.
Siguiendo el ejemplo anterior, en un archivo clínico organizado por el sistema de doble dígito terminal, todas las HC de la sección 11 tendrían dos etiquetas negras; y las de la sección 82, una verde y otra amarilla.

Fecha de nacimiento

Este sistema se usa en muchos centros de salud. El identificador de la HC se forma con las dos letras iniciales del primer y segundo apellido, más la fecha de nacimiento, representada usualmente con el formato aa-mm-dd (dos cifras para el año, dos para el mes y dos para el día).

Las secciones del archivo se corresponderán con los años; dentro de cada sección (año) las HC se clasificarán en subsecciones por meses y, dentro de ellas, se ordenarán por días.

En algunas comunidades autónomas, en lugar de las dos letras iniciales del primer y segundo apellido, usan las dos primeras consonantes de cada apellido; si la HC es de una mujer, suman 40 al día de nacimiento.



11 Archivo clínico con código de colores.

Fecha de atención

En el archivo, las HC se ordenan de forma cronológica teniendo en cuenta la fecha de asistencia. Es un sistema sencillo, pero que hace muy difícil conseguir que la HC sea única y acumulativa (un mismo paciente puede ser atendido en varias fechas distintas).

Se usa en **servicios de urgencia de hospitales.**

Alfabético

La sección en la que se archiva una HC es la de la letra inicial del primer apellido. Las HC se ordenan alfabéticamente, teniendo en cuenta el primer apellido; si coinciden, dependerá del segundo apellido y si son idénticos ambos apellidos, decidirá el nombre. Solo es útil para un volumen reducido de HC.

Exige normas muy claras y de seguimiento estricto en diversos asuntos, como, por ejemplo:

- Generalmente, para la ordenación no se tienen en cuenta las partículas que preceden al sustantivo de los apellidos, como de, la, etc. Por ejemplo, del Castillo, se clasificaría en la letra C.
- Para ordenar apellidos compuestos se pueden tomar como si todo el apellido fuese una sola palabra. Por ejemplo, Ruiz de Mendoza o Pérez-Solarano.
- Pacientes extranjeros que tienen un único apellido.
- Normas para casos de igualdad en los dos apellidos y nombre.

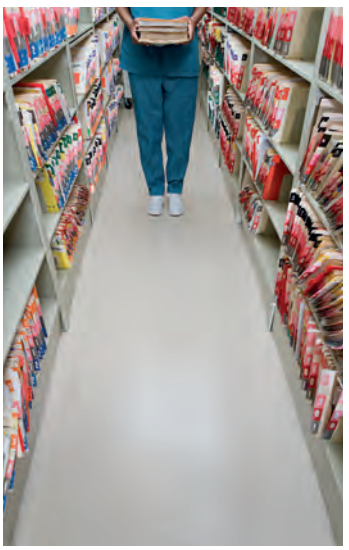
Ejemplos 9

Clasificación y ordenación de la HC

Doble dígito terminal

Para clasificar la historia clínica con el número 100229, mediante el sistema de doble dígito terminal, se divide la sección 29 en 100 subsecciones.

Sección 29	Sección 29	Sección 29	...	Sección 29
00-00-29 01-00-29 02-00-29 – – 99-00-29	00-01-29 01-01-29 02-01-29 – – 99-01-29	00-02-29 01-02-29 02-02-29 – – 99-02-29		00-09-29 01-09-29 02-09-29 – – 99-09-29



NHC: 10-02-29		
10	02	29
Dentro de la división 29, la historia pasará a archivarse después de la 09-02-29 y antes de la 11-02-29.	Subsección	Sección

Fecha de nacimiento

El n.º identificador de la HCAP de Raquel Rodríguez Pérez, nacida el 25 de agosto 1992, según las dos clasificaciones explicadas anteriormente:

1.ª Opción	RO	ZA	92	08	25
2.ª Opción	RD	PR	92	08	65

Fecha de atención

Siguiendo el ejemplo anterior, Raquel Rodríguez Pérez acude a Urgencias en las siguientes fechas: 12 de abril de 2014, 30 septiembre de 2017 y 1 de enero de 2019. Tendrá 3 historias clínicas en el Servicio de Urgencias, una por cada fecha, por lo que hace difícil una HC única, integrada y acumulativa.

Alfabético

Para clasificar un listado de nombres de pacientes por orden alfabético se hace ordenando los primeros apellidos, si coinciden, se ordena el segundo apellido, si coinciden ambos apellidos, se ordena el nombre, y si este, también coincide, se ordena por la numeración del DNI.

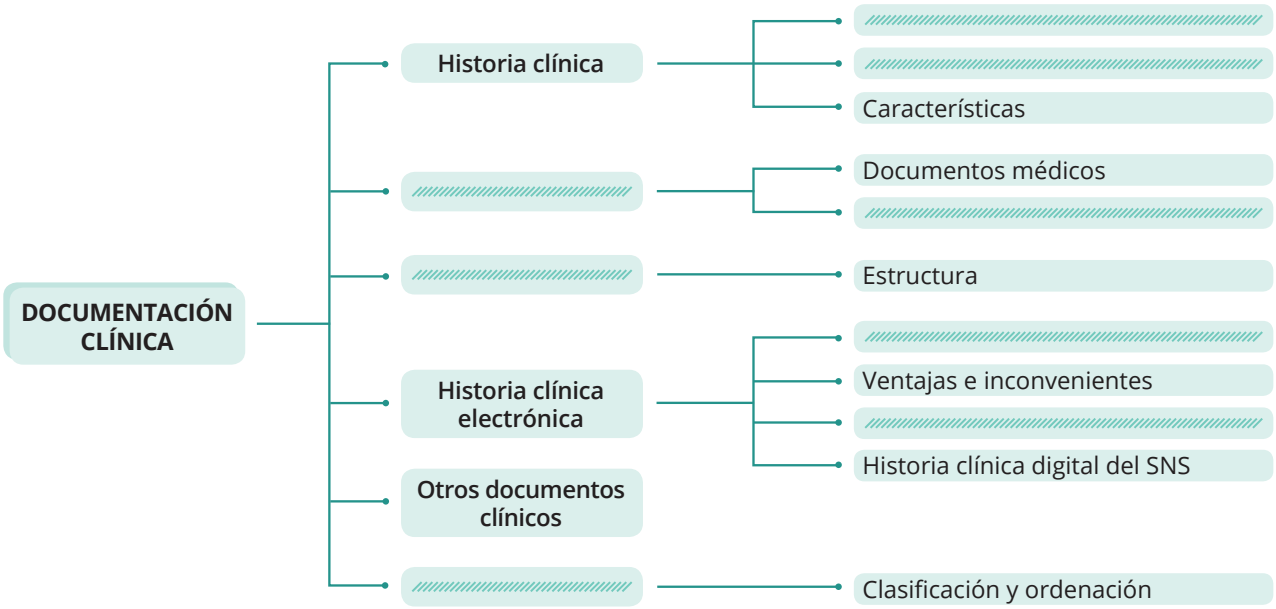
José Díaz-Granados Fernández
María de León Fernández
Ana María Gil Pérez
Cecilia de la Rosa Martínez
Patricia Gil Rua DNI 72243112H
Patricia Gil Rúa DNI 32541786Ñ

↓

Díaz-Granados Fernández, José
Gil Pérez, Ana María
Gil Rúa, Patricia DNI 32541786Ñ
Gil Rua, Patricia DNI 72243112H
León Fernández, María de
Rosa Martínez, Cecilia de la

Resume

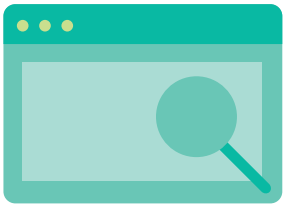
Copia y completa el siguiente esquema en tu cuaderno.



Resuelve

Historia clínica

1. Define historia clínica. ¿Cuál es su principal función?
2. Supongamos que trabajas como auxiliar de enfermería en un hospital en la unidad de cardiología; ¿puedes acceder a la historia clínica de un amigo de tu pareja que está ingresado en la unidad de cirugía general?
3. ¿Qué significa que lo que se registra en la historia clínica debe ser veraz y completo?
4. En el capítulo V de la Ley 41/2002 se hace referencia a la historia clínica. Según esta ley, ¿cuál es el contenido de la historia clínica de cada paciente y qué profesionales están sujetos a guardar secreto profesional?



5. Teniendo en cuenta las siguientes características de la HC, relaciona cada una de ellas con el enunciado que corresponda:

1. No pueden existir dos pacientes con el mismo número de HC.
2. Incluye todos los documentos generados al prestar asistencia sanitaria a un paciente.
3. Reúne todos los procesos asistenciales de un paciente.
4. Emplea formatos y registros con el contenido mínimo obligatorio.
5. Los episodios asistenciales se ordenan cronológicamente.
6. Se archivará de forma segura y se podrá acceder a la información siempre que se necesite.

a) Normalizada.

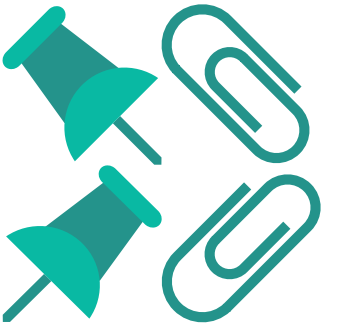
b) Secuencial.

c) Única.

d) Integrada.

e) Conservable y recuperable.

f) Acumulativa.



Historia clínica hospitalaria

6. Localiza en el ejemplo de órdenes médicas los datos característicos que han de estar presentes en los distintos documentos de la historia clínica hospitalaria.

7. ¿Qué es el consentimiento informado? ¿Qué profesional es el encargado de dar este consentimiento al paciente o representante legal? Razona tu respuesta.

8. Cita dos documentos de la HCH que deben ser firmados por el paciente. ¿Por qué debe firmarlos? ¿Quién debe, por lo general, firmar los documentos de la historia clínica de un paciente?

9. Cita el documento de la HC de enfermería al que se refiere cada una de las siguientes afirmaciones:

a) Contiene el registro de la dosis, hora y vía de administración a un paciente de un medicamento que el médico había prescrito.

b) Se indican las recomendaciones de cuidados de enfermería de un paciente que abandona el hospital.

Historia clínica en Atención Primaria

10. Indica el documento de la HC en Atención Primaria al que se refiere cada una de las siguientes afirmaciones:

a) En él se anotan de forma ordenada los problemas de salud del paciente.

b) Incluye los datos más importantes que recoge el médico en la auscultación cardiopulmonar.

c) Aparecen las vacunaciones y el seguimiento del peso y la talla del niño.

d) En él están los datos de identificación del paciente y sirve como contenedor de otros documentos.

e) Recoge información sobre operaciones quirúrgicas sufridas a lo largo de la vida del paciente.

f) Contiene el plan de tratamiento prescrito por el médico de familia.

11. Diferencias entre historia clínica en Atención Primaria y la hospitalaria.

Historia clínica electrónica

12. Cita una ventaja para el paciente y otra para el profesional de la HC electrónica.

13. Analiza las características de la HC electrónica y de la HC en papel. ¿Cuál consideras que facilita la práctica diaria de la actividad asistencial? Razona tu respuesta.

Archivos clínicos

14. En un archivo se sigue un sistema doble dígito terminal en el que cada sección se divide en 100 subsecciones. ¿Cómo se archivarían las de los números: 00.180, 09.634, 11.880, 17.934, 33.155, 42.534, 46.055?

15. Teniendo en cuenta las normas indicadas, clasifica y ordena alfabéticamente las HC de los siguientes pacientes:

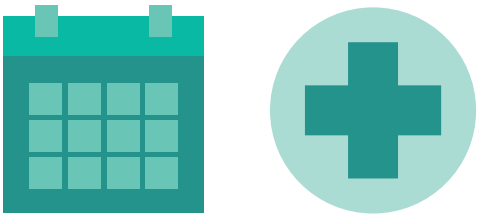
Juan Carlos García Navarro
Eugenio López Gasol
Pilar García Claver
Angels García-Juliá Abad
Felipe de Andrés Reyes
Sergio García Rodríguez
Ander Soria Iturriaga
Amaya Ruiz San Emeterio
José Antonio López de Haro Calderón
Jordi Llul Pujol
Rodolfo Esgueva Rubio
Francesc García Coll

16. Según los diferentes sistemas de clasificación y ordenación de historias clínicas que hemos estudiado en la unidad, escribe 6 ejemplos de cada uno de ellos y preséntalos de forma ordenada siguiendo cada sistema.

y Practica

1. Acudes a tu médico de cabecera porque no te encuentras bien. Inventa un motivo de consulta y redacta una hoja de evolución siguiendo la estructura correspondiente.

2. Acude a tu centro sanitario más cercano e intenta recopilar todos aquellos documentos mínimos que deben conformar la historia clínica hospitalaria. Una vez que los tienes localizados, comprueba si siguen el formato exigido a este tipo de documentos.



3. María es una TCAE que trabaja en el Servicio de Traumatología del hospital de su ciudad. ¿Cuáles son los documentos de la historia clínica que reflejan la asistencia prestada por el personal de enfermería? Cítalos y explica brevemente la finalidad de estos documentos.

4. Juan, de 75 años, acaba de ingresar en la planta de Cirugía tras ser intervenido de una apendicectomía de urgencia. A su llegada a planta vemos que presenta náuseas, porta sonda vesical Foley número 16 y un drenaje en la herida quirúrgica. Además, es portador de prótesis dental, usa muletas para poder caminar debido a que recientemente le ha sido colocada una prótesis de rodilla e indica que se encuentra asustado y que no ha podido dormir nada desde que comenzó a encontrarse mal. Señala qué documento de enfermería debe recoger toda esta información y organízala.

Ponte a prueba

1. Se entiende por HC normalizada:
a. La que está archivada de forma segura.
b. Aquella cuyos documentos se ajustan a los mínimos exigidos por el órgano competente.
c. Aquella que está ordenada.
d. Ninguna respuesta es correcta.

2. Señala la opción falsa:
a. Se deben anotar los principales datos de la situación clínica y la atención sanitaria.
b. Se deberá anotar algo que se haya hecho.
c. El registro ha de ser claro y legible pudiendo emplearse abreviaturas.
d. Todas son correctas.

3. La confidencialidad es:
a. Un derecho del paciente.
b. Una obligación del personal sanitario.
c. a. y b. son correctas.
d. Ninguna respuesta es correcta.

4. El documento de la HCH que resume el final de la atención sanitaria se llama:
a. Anamnesis.
b. Evolución.
c. Informe clínico de alta.
d. Aplicación terapéutica.

5. La HC enfocada a la prevención de enfermedades y promoción de la salud es:
a. La historia clínica hospitalaria.
b. La historia clínica de Atención Primaria.
c. a. y b. son correctas.
d. Ninguna es correcta.

6. El documento de la HCAP que recoge datos subjetivos, objetivos, orientación diagnóstica y plan de acción es:
a. La hoja de datos generales.
b. La hoja pediátrica.
c. La hoja de evolución.
d. Lista de problemas.

7. Señala una desventaja de la HCE:
a. Acceso inmediato y simultáneo a la información clínica.
b. Obliga a extremar precauciones en cuanto a seguridad y confidencialidad.
c. Generación fácil de informes clínicos.
d. Agiliza la gestión sanitaria.

8. En la hoja de interconsulta se solicita:
a. La opinión de un especialista a otro servicio.
b. Pruebas diagnósticas necesarias.
c. El consentimiento del paciente.
d. Para hacer una valoración de enfermería.

9. Señala la respuesta correcta:
a. La ordenación es lineal y bidimensional.
b. La ordenación tiene niveles y es bidimensional.
c. La clasificación es lineal y unidimensional.
d. La clasificación tiene niveles y es bidimensional.

10. El sistema de clasificación más empleado en los archivos clínicos hospitalarios es:
a. Alfabético.
b. Fecha de atención.
c. Fecha de nacimiento.
d. Dígito terminal.

Completa el reto

Trabajas como TCAE en la Unidad de Urología, donde ingresa G.L.P., con NHC 0387 para ser intervenido de hipertrofia benigna de próstata. ¿Qué documentos crees que debe contener su historia clínica tras finalizar el proceso asistencial?

Tras ser dado de alta, ¿podrías identificar los documentos que conformarían la historia clínica del paciente? Imagina que nuestro paciente no hubiera aceptado el tratamiento que le propone el facultativo. ¿Cuál sería el documento que debería cumplimentar? Explica en qué sección y subsección colocarías la historia clínica si nuestro archivo se rige por el sistema de doble dígito terminal.