

Operaciones

Administrativas

y Documentación

Sanitaria

***BLOQUE II*. DOCUMENTACIÓN SANITARIA.**

|  |
| --- |
| **Unidad 6 – Documentación clínica****1.- Introducción 109****2.-Historia clínica hospitalaria 111** 2.1.- Documentos médicos 111 2.2.- Documentos de enfermería 116**3.- Historia clínica en atención primaria 118****4.- Otros documentos clínicos 124****5.-Archivos clínicos** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Unidad 6** | **DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.** |

**1.- HISTORIA CLÍNICA**

|  |
| --- |
| La documentación clínica se refiere a la generada en la atención sanitaria al paciente. La más importante es la que forma la historia clínica, que es el conjunto de documentos en los que se recoge la información relacionada con el estado de salud/enfermedad del paciente obtenida a lo largo de la atención sanitaria. |

La Ley 41/2002, reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, establece los aspectos básicos de la historia clínica (HC). Varias Comunidades Autónomas han ido regulando normas más detalladas.

Existen distintos tipos de historia clínica. Los de mayor importancia son la HC hospitalaria y la HC en atención primaria. Entre otras funciones de la –HC-, la principal es la asistencial.

|  |
| --- |
| Funciones de la historia clínica |
| **Asistencial** | La primera y más importante. |
| **Docente** | Facilita la formación inicial y continuada de los profesionales sanitarios. |
| **Investigación** | Proporciona muchos datos para los estudios médico- sanitarios, epidemiológicos, etc. |
| **Gestión sanitaria** | De gran utilidad para la evaluación de la calidad de la atención, así como para la planificación y gestión de los recursos sanitarios. |
| **Jurídico- legal** | Muestra cómo se ha desarrollado la atención sanitaria y si ha sido adecuada o no, por lo que es clave en reclamaciones, procesos judiciales, etc. |

**Requisitos y** **características de la historia clínica HC**

1.-Cada paciente ha de tener una **historia** **clínica** **única**, en cada centro sanitario en el que es atendido.

|  |
| --- |
| Mínimos de calidad para las historias clínicas. Recomendaciones OMS |
| Identificación clara del paciente -**nºHC**-. | Fiabilidad, concisión y organización lógica. |
| Identificación de los profesionales que lo atienden. | Resistencia al deterioro. |
| Legible e inteligible para personal cualificado. | Accesibilidad. |

|  |
| --- |
| Identificador de la HC |
| Este casi siempre es numérico, el **n.o de historia clínica.** Suele ser un número secuencial, generado por el sistema informático del centro sanitario. En algunos casos se usan otros identificadores: el n.o de la tarjeta sanitaria individual, el DNI o combinaciones de números y letras (fecha de nacimiento e iniciales de apellidos). |

2. Debe ser **archivada** **de** **forma** **segura**, sea cual sea el soporte papel, informático, etc., en el que se encuentre.

3. Debe permitir la **identificación** **de** **los** **profesionales** que intervienen en los procesos asistenciales, que suelen ser varios.

4. Es un **documento** **privado** y **confidencial**. Los datos relacionados con la salud se consideran en nuestras normas legales como “especialmente protegidos”. (La principal en este sentido es la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal; Actualizada a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos).

|  |
| --- |
| El registro de información en la HC |
| Debe ser **veraz** (lo que se escribe es cierto, nunca hay que registrar lo que no se ha realizado), **completo** (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). Debe constar la **fecha** en la que se hace y la **identificación** de quien escribe. |

**2.- HISTORIA CLÍNICA HOSPITALARIA**

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. En dos grupos: documentos médicos y documentos de enfermería.

|  |
| --- |
| 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. |
| **Además** del nombre y código del documento, **están** **presentes**:-Identificación del centro hospitalario y de la unidad o servicio.-Identificación del paciente: n.o de HC, nombre y apellidos, sexo, habitación y cama en la que está hospitalizado y a veces otros datos. Cada vez se usan más 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. Con frecuencia han de firmar.-Fecha y hora del registro. |

**2.1.-Documentos médicos**

Cumplimentados por el equipo médico en relación con la **atención médica del paciente**. Los de mayor interés **son**:

-Hoja **clínico**-**estadística**- Recoge los datos administrativos y clínicos asistenciales, con la información del conjunto mínimo básico de datos -**CMBD**- al alta hospitalaria.

-**Solicitud** y **autorización** **de** **ingreso**. Necesarias para ingresar al paciente, indicando el motivo y si este accede a ser hospitalizado (Figura 6.1).

-**Anamnesis** y **exploración** **física**- datos de la entrevista inicial al paciente, y los de la exploración completa y detallada.

-**Evolución**- Contiene los cambios significativos en la situación del paciente.

-**Órdenes** **médicas** u **órdenes** **de** **tratamiento**- recoge indicaciones terapéuticas prescritas por el médico, firmadas y fechadas (Figura 6.2).

-Informes de exploraciones complementarias.

Aunque no en todos los casos, con frecuencia pueden ser necesarios algunos de los siguientes **documentos**: Hoja de interconsulta. Informe de anestesia. Informe quirúrgico. Informe de urgencias. Informe de servicios externos, etc.

En nuestras **normas** **legales** se recoge que es un derecho del paciente y una obligación del centro sanitario, que deberá entregarle una copia del -**Informe** **de** **alta**- al paciente.

|  |
| --- |
| **Contenido del informe de alta** en ingreso hospitalario: |
| -Identificación completa del paciente.-Identificación del hospital, servicio y médico responsable.-Proceso asistencial: fecha y motivo del ingreso de alta; resumen de la actividad asistencial (con los resultados de las pruebas complementarias); diagnóstico principal y otros diagnósticos; procedimientos quirúrgicos y/u obstétricos y otros procedimientos médicos relevantes y recomendaciones terapéuticas. |

El respeto a la autonomía del

|  |
| --- |
| El respeto a la autonomía del paciente |
| 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 (con ciertas excepciones).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, mediante el documento de **consentimiento informado,** en intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y en general en tratamientos que supongan riesgos o inconvenientes notorios para la salud del paciente. El médico debe informar de los riesgos de forma clara, comprensible y concreta. El documento será firmado por el paciente o su representante legal (Figuras 6.6 y 6.7 del manual).El documento de **autorización de ingreso** es necesario para ingresar al paciente. En él, este autoriza la hospitalización y la realización de medidas diagnósticas y terapéuticas habituales que no precisen del consentimiento informado expreso.El paciente puede también decidir abandonar el hospital sin el alta médica, aun en contra del criterio de los médicos que le atienden. En estos casos se usa el documento de **alta voluntaria,** firmado por el paciente o su representante, con el “enterado” del médico. |

**2.2.-Documentos de enfermería**

Cumplimentados por los profesionales de enfermería y reflejan la asistencia prestada por **enfermeras** y **auxiliares**, relacionada con el plan de atención de enfermería –**PAE**-. Los documentos más importantes **son**: Valoración inicial de enfermería; La planificación de cuidados de enfermería y su evolución; Aplicación terapéutica de enfermería; Gráficas de constantes; Informe de enfermería al alta. Así como las hojas de enfermería de quirófano y de preparación para la cirugía, enfermería de urgencias, hojas de control de exámenes complementarios, etc.

**3.-HISTORIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

La historia clínica en atención primaria -**HCAP**- es claramente diferente a la historia clínica hospitalaria (HCH). En este sentido, cabe destacar en la -**HCAP**-:

-Está orientada por problemas de salud, en vez de la organización cronológica de la hospitalaria.

-Ha de reflejar la atención continuada que se da en la atención primaria al paciente.

Debe tener en cuenta las actividades de **prevención de las enfermedades y promoción de la salud**, de mucha mayor importancia en la atención primaria. No existe un modelo unificado de HCAP en las distintas Comunidades Autónomas, aunque son similares.

Generalmente la **HC** se archiva en un **sobre** en el que figuran diversos **datos**:

|  |
| --- |
| -Identificación del servicio de salud de la Comunidad Autónoma y del centro de salud.-Datos de identificación del paciente: nombre y apellidos, sexo, domicilio, DNI, CIP (código de identificación personal, de la tarjeta sanitaria), n.o de la Seguridad Social, tipo de prestación farmacéutica.-Número de historia clínica y códigos numéricos de señalización y localización (útiles para el archivado).-Otros datos: fechas de apertura, cierre y recapitulaciones. |

En el **interior del sobre** se guardan los **documentos** de la HC. Los principales **son**:

|  |
| --- |
| -Carpeta individual. En la portada figuran los datos de identificación y los de importancia vital.-Hojas de biografía sanitaria o de datos generales. Conforman el documento básico. Recogen información fundamental útil en todo momento.-Hoja de evolución, en la que se describen los datos más relevantes que se generan en la atención al paciente, a modo de relato con las fechas en las que se van produciendo los contactos. |

-En la anotación se sigue la **estructura** **SOAP**: Datos **S**ubjetivos -lo que cuenta el paciente-, el motivo por el que acude al centro de salud, los síntomas. Datos **O**bjetivos -resultado de la exploración médica y exámenes complementarios-. **A**proximación diagnóstica -evaluación de los problemas-. **P**lanes de estudio diagnóstico o de tratamiento.

-**Lista de problemas**. En este documento se van anotando, en forma de lista numerada y ordenada cronológicamente, los problemas de salud del paciente (enfermedades, signos, síntomas o datos de laboratorio relevantes, minusvalías, etc.).

**Otros documentos** como:

|  |
| --- |
| -Hojas de seguimiento de adultos o de ancianos: para revisiones programadas (presión arterial, hábitos de vida, presencia de obesidad, diabetes o colesterol, etc.).-Tabla resumen de analíticas y otras exploraciones.-Hoja de seguimiento del embarazo.-Petición de interconsulta para enviar al paciente a atención especializada. |

**4.-OTROS DOCUMENTOS CLÍNICOS**

Podemos citar, a modo de ejemplo, los **documentos específicos** que se emplean en la atención odontológica a los pacientes o los diversos tipos de certificados médicos, o la receta médica.

|  |
| --- |
| **Receta** **médica**: Documento normalizado mediante el cual los servicios médicos profesionales prescriben la medicación al paciente para su dispensación en las farmacias. |

En nuestro **Sistema Nacional de Salud** se usan diversos tipos de recetas para afiliados a la **Seguridad** **Social** y las empleadas en **MUFACE** y entidades similares. Además de las recetas privadas.

Tienen también una función de documento administrativo, pues se usan para gestionar el pago por parte del SNS a las **farmacias**.

|  |
| --- |
| **Receta electrónica** |
| En el SNS se emplea también la receta electrónica. Permite, tras la prescripción médica, que el paciente identificado con su tarjeta sanitaria pueda recoger en la farmacia el medicamento prescrito, sin necesidad de la receta en papel. |

**5.- Archivos clínicos**

En los **archivos** **clínicos** -de un hospital, de un centro de salud, de una clínica o consulta privada- se guardan las historias clínicas generadas en cada uno de los centros sanitarios. **La** **Ley** **obliga** a cualquier institución sanitaria a conservar la documentación clínica, aunque no necesariamente en su soporte original en papel -ya que pueden microfilmarse o digitalizarse-, durante todo el tiempo adecuado para la asistencia al paciente, como **mínimo** durante **cinco** **años**.

En los **hospitales**, el archivo de historias clínicas es una unidad que depende del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Normalmente hay un único archivo centralizado en el que se encuentran todas las historias clínicas de los pacientes atendidos en el hospital.

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

En las **consultas** **privadas** la ley obliga a habilitar igualmente un archivo.

|  |
| --- |
| **Clasificación y ordenación de las historias clínicas** |

Esto es muy sencillo con la **historia** **clínica** **electrónica**, que nos lo proporciona de forma automática. 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **Sistema dígito terminal** | **Por fecha de atención** |
| **Por fecha de nacimiento** | **Orden Alfabético** |

|  |
| --- |
| **Sistema de dígito terminal** |

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 n.o de la tarjeta sanitaria individual.

Los más comunes son el sistema de doble dígito terminal (se tienen en cuenta las dos cifras finales del número de HC) y el de triple dígito terminal (según las tres cifras finales), que es el que elegimos para explicarlo.

|  |
| --- |
| Sistema dígito terminal |
| Sistema | Se tienen en cuenta | Secciones |
| Doble dígito terminal. | Las dos cifras finales. | 100(00, 01,..., 98, 99) |
| Triple dígito terminal. | Las tres cifras finales. | 1000(000, 001,..., 999) |

En el **sistema de triple dígito terminal** el archivo se dividirá en 1 000 secciones (la primera la sección 000, luego la sección 001, 002, y así sucesivamente hasta llegar a las últimas secciones, la 998 y la 999). Las HC se almacenarán en la sección que corresponda dependiendo de las tres últimas cifras (centena, decena y unidad) de su n.o de HC. Por ejemplo, la HC n.o 234 300 estará en la sección 300; las HC 222 666 y 108 666, en la sección 666 (Figura 6.23).

|  |  |
| --- | --- |
| 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 (1= amarillo, 3= verde, por ej.)  |   |

Se colocan las etiquetas de colores **en los lomos o bordes laterales** de las carpetas en las que se

Archivan las HC 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.