



**BLOQUE 1: LEGISLACIÓN Y DOCUMENTACIÓN
SANITARIA.**



Tema 6

Documentación sanitaria y sistemas de información
aplicados al ámbito sanitario.



1. Documentación sanitaria

El contacto entre el médico y el paciente debe registrarse y documentarse para un adecuado proceso de atención en los servicios de salud.

Hay dos instrumentos que son necesarios para el proceso de atención médica de los pacientes y, en general, para que las instituciones médicas de los sectores público y privado puedan llevar un adecuado control de los tratamientos y datos clínicos de los usuarios: la documentación sanitaria y la historia clínica.

El primero involucra toda aquella información documentada que se genera de la atención de salud recibida por el paciente, ya sea a nivel primario, especializado u otros. Esta información se puede dividir en dos tipos: la documentación clínica, que es aquella vinculada con la salud del paciente; y la no clínica, que es necesaria para la atención, pero no está relacionada con información sanitaria.

Cuando la documentación clínica está relacionada con el proceso de salud-enfermedad del individuo, esta se estructura en la historia clínica.

La historia clínica es un documento científico y legal que surge de la relación entre el médico y el paciente. Por lo tanto, es considerada como una herramienta de uso cotidiano en la medicina.

Es científico porque, a través de una investigación, se recopilan todos los datos que el médico necesita para la comprobación de una hipótesis. También es un documento legal porque se usa para el reconocimiento forense o arbitrajes penales, por lo cual debe ser escrito con claridad.

Entre las características de la historia clínica tenemos que debe ser única, integrada, acumulativa y cronológica. En tanto, es necesario contar con un sistema eficaz que permita recuperación de la información que este documento contenga. En suma, el objetivo de este documento es obtener toda la información posible sobre el estado de salud del paciente y sus relaciones personales, familiares, laborales, así como hábitos y costumbres, que sirvan para el tratamiento de la enfermedad.

La información contenida en la historia clínica es diversa y tiene que ver con la entrevista al paciente, el examen físico, las pruebas complementarias, posibles diagnósticos, juicios de valor del médico, el tratamiento aplicado y los pronósticos sobre la salud del paciente.

2. Ejemplos de documentación sanitaria

- Informe clínico de hospitalización.
- Informe clínico de consulta externa.
- Informe clínico de urgencias.
- Informe clínico de atención primaria.
- Informe de resultados de pruebas de laboratorio.
- Informe de resultados de pruebas de imagen.
- Informe de cuidados de enfermería.



2.1 Investigador: las historias clínicas archivadas sirven como base para realizar estudios sobre el comportamiento y la evolución general de las enfermedades y la reacción ante los tratamientos aplicados. Por ejemplo, en un hospital se lleva poniendo en práctica una nueva técnica quirúrgica en los últimos tres años. El servicio de cirugía tiene la impresión de que “va bien”, pero en medicina “no valen las impresiones” y hay que comprobar con datos reales la conveniencia de la nueva intervención. ¿Cuántos pacientes se intervinieron? ¿Cuál fue la duración media del postoperatorio? ¿Se ha reducido la estancia hospitalaria con respecto a otras técnicas? Si fue así, ¿en cuántos días se redujo? ¿Cuál fue la complicación más frecuente?... Como verás, haciendo un minucioso estudio de todas las historias clínicas se pueden sacar conclusiones importantes. Sería imposible obtener alguna conclusión si no existieran las historias clínicas.

2.2 Docente: Las historias clínicas sirven de apoyo para la enseñanza. En las facultades y escuelas de enfermería se utilizan los datos de la historia clínica para poner ejemplos de situaciones reales. Ni que decir tiene que esta información es confidencial y forma parte del secreto profesional al que también están obligados los estudiantes. Además los estudiantes, previa autorización, pueden hacer uso de los archivos de historias clínicas para realizar pequeños trabajos de investigación.

2.3 Administrativo: La gestión de un centro sanitario no es fácil. La historia clínica aportará muchos datos para una buena gestión y planificación de los recursos. Supongamos un centro de salud en el que trabajan, entre otros profesionales, seis médicos (cuatro en la mañana y dos en la tarde). El Servicio de Salud de esa comunidad autónoma ha realizado un estudio de la actividad asistencial en el último año. Se obtuvieron los siguientes resultados:

- 1) Un médico de la mañana tiene un gasto farmacéutico que es cuatro veces mayor al de sus colegas del mismo turno.
- 2) Los cuatro médicos de la mañana asisten al mismo número global de pacientes que los dos médicos de la tarde. Para sacarle el máximo partido al dinero público que financia la asistencia sanitaria es necesario que se haga un estudio más detallado de los casos atendidos por el médico “derrochador”. A lo mejor no es que derroche, sino que sus pacientes necesitaban esas medicaciones.

¿De dónde se sacará la información para el estudio? Pues ni más ni menos que de las historias clínicas. Parece ser que los habitantes de esta zona de salud acuden a consulta por la tarde. Queda claro que es conveniente que uno o dos médicos del turno de mañana pasen al de tarde.

2.4 Jurídico legal: Fijémonos que el único documento que demuestra la relación entre sanitarios y pacientes es la historia clínica. A partir de ella el juez junto con el médico forense podrán conocer si el enfermo tenía o no necesidad de un tratamiento, si el tratamiento pautado fue el correcto, si su problema sanitario fue reconocido, si los cuidados de enfermería fueron los adecuados, etc. En definitiva, tanto los sanitarios como los pacientes tenemos como respaldo legal la historia clínica (“para lo bueno y para lo malo, aunque no sea una boda”). La historia clínica es un medio imprescindible para esclarecer los hechos.

2.5 Evaluación de la calidad asistencial: un paciente con una larga hospitalización en cama y que no se ulcere, dice mucho sobre la calidad de la Enfermería. Haciendo uso de las



historias clínicas de los pacientes con estancias hospitalarias prolongadas e investigando en ellas cuántos se han ulcerado y cuantos no, podemos deducir la calidad asistencial prestada. Esto es sólo un ejemplo. Queda claro que, no sólo se estudian las úlceras sino otros muchos aspectos (alimentación, estancia media, grado de satisfacción de los usuarios, tiempo de espera para una intervención...)

2.6 La historia clínica es un importantísimo documento que ha tenido muchas definiciones. Nosotros vamos a exponer la que consideramos más clara y completa. La historia clínica es el registro escrito de todos los datos sociales (personales, laborales, familiares...), preventivos (hábitos, vacunaciones...) y asistenciales (enfermedades atendidas y su seguimiento) de un paciente. "La historia clínica es el documento en el que se refleja toda la historia sanitaria de una persona".

Los datos se obtienen de forma directa o indirecta y deben estar al día para poder realizar el seguimiento sanitario del paciente.

3. Tipos de Historia Clínica.

Teniendo en cuenta el lugar donde se atiende al paciente y el modo en el que se recoge la información podemos distinguir dos tipos:

Historia Clínica Cronológica: Es la utilizada en Atención Primaria. Aquí la historia consiste en unas hojas en las que se recogen los datos del enfermo y se va escribiendo todo lo que le ocurre cada vez que acude a consulta o es atendido en su domicilio. Las hojas se van archivando en la carpeta de manera ordenada y cronológica.

Historia Clínica Episódica: Es la utilizada en Atención Hospitalaria. Su formato es mucho más estructurado y existen varios modelos de hojas para recoger distintas informaciones. Cada vez que un paciente es atendido se le abre una nueva historia clínica.

Historia Clínica Protocolizada: con preguntas cerradas, se utiliza para el seguimiento de enfermedades muy concretas; se usa en unidades especializa.

Hasta este momento hemos señalado únicamente las características principales de cada uno de los tipos. Más adelante, cuando profundicemos en ellos, podremos comprobar que existen más diferencias.

4. Objetivos de la historia clínica

Se podría pensar que la historia clínica es un conjunto de "papeles" en los que queda registrado el seguimiento de un paciente mientras presenta un problema y que una vez se ha solucionado pierde todo su valor. Nada más lejos de la realidad. La historia clínica persigue una serie de objetivos muy importantes:

4.1 Asistencial: la historia garantiza que exista una buena calidad asistencial. Que las cosas queden registradas son muy importante porque ayudarán al médico a hacer un buen seguimiento. Además, cuando por alguna circunstancia sea otro sanitario el que atienda al paciente, podrá previa lectura de la historia, conocer la situación del paciente y continuar con



la resolución de su problema de forma adecuada.

4.2 Investigador: las historias clínicas archivadas sirven como base para realizar estudios sobre el comportamiento y la evolución general de las enfermedades y la reacción ante los tratamientos aplicados. Por ejemplo, en un hospital se lleva poniendo en práctica una nueva técnica quirúrgica en los últimos tres años. El servicio de cirugía tiene la impresión de que “va bien”, pero en medicina “no valen las impresiones” y hay que comprobar con datos reales la conveniencia de la nueva intervención. ¿Cuántos pacientes se intervinieron? ¿Cuál fue la duración media del postoperatorio? ¿Se ha reducido la estancia hospitalaria con respecto a otras técnicas? Si fue así, ¿en cuántos días se redujo? ¿Cuál fue la complicación más frecuente?... Como verás, haciendo un minucioso estudio de todas las historias clínicas se pueden sacar conclusiones importantes. Sería imposible obtener alguna conclusión si no existieran las historias clínicas.

4.3 Docente: Las historias clínicas sirven de apoyo para la enseñanza. En las facultades y escuelas de enfermería se utilizan los datos de la historia clínica para poner ejemplos de situaciones reales. Ni que decir tiene que esta información es confidencial y forma parte del secreto profesional al que también están obligados los estudiantes. Además los estudiantes, previa autorización, pueden hacer uso de los archivos de historias clínicas para realizar pequeños trabajos de investigación.

4.4 Administrativo: La gestión de un centro sanitario no es fácil. La historia clínica aportará muchos datos para una buena gestión y planificación de los recursos. Supongamos un centro de salud en el que trabajan, entre otros profesionales, seis médicos (cuatro en la mañana y dos en la tarde). El Servicio de Salud de esa comunidad autónoma ha realizado un estudio de la actividad asistencial en el último año. Se obtuvieron los siguientes resultados:

1) Un médico de la mañana tiene un gasto farmacéutico que es cuatro veces mayor al de sus colegas del mismo turno.

2) Los cuatro médicos de la mañana asisten al mismo número global de pacientes que los dos médicos de la tarde. Para sacarle el máximo partido al dinero público que financia la asistencia sanitaria es necesario que se haga un estudio más detallado de los casos atendidos por el médico “derrochador”. A lo mejor no es que derroche, sino que sus pacientes necesitaban esas medicaciones. ¿De dónde se sacará la información para el estudio? Pues ni más ni menos que de las historias clínicas. Parece ser que los habitantes de esta zona de salud acuden a consulta por la tarde. Queda claro que es conveniente que uno o dos médicos del turno de mañana pasen al de tarde.

4.5 Jurídico legal: Fijémonos que el único documento que demuestra la relación entre sanitarios y pacientes es la historia clínica. A partir de ella el juez junto con el médico forense podrán conocer si el enfermo tenía o no necesidad de un tratamiento, si el tratamiento pautado fue el correcto, si su problema sanitario fue reconocido, si los cuidados de enfermería fueron los adecuados, etc. En definitiva, tanto los sanitarios como los pacientes tenemos como respaldo legal la historia clínica (“para lo bueno y para lo malo, aunque no sea una boda”). La historia clínica es un medio imprescindible para esclarecer los hechos.



4.6 Evaluación de la calidad asistencial: ¿Recuerdas que al estudiar las úlceras por presión comentamos que el hecho de que los pacientes con largas estancias hospitalarias no se ulceren dice mucho de la calidad de los cuidados de enfermería? Haciendo uso de las historias clínicas de los pacientes con estancias hospitalarias prolongadas e investigando en ellas cuántos se han ulcerado y cuantos no, podemos deducir la calidad asistencial prestada. Esto es sólo un ejemplo. Evidentemente, no sólo se estudian las úlceras sino otros muchos aspectos (alimentación, estancia media, grado de satisfacción de los usuarios, tiempo de espera para una intervención...).

5. El sistema de información sanitaria.

Siguiendo a (Laudon et al., 2004) el sistema de información sanitaria es un conjunto de componentes interrelacionados que recuperan, procesan, almacenan y distribuyen información para apoyar a la toma de decisiones y el control de la información, ayudar a los gerentes y trabajadores a analizar problemas, visualizar asuntos complejos y/o crear productos nuevos. Puede ser formal o informal.

Formal: se apoya en decisiones fijas y aceptadas de datos y procedimientos, que operan con reglas predefinidas.

Informal: basadas en reglas de comportamiento establecidas.

Pero desde una perspectiva estratégica un sistema de información para (Andreu et al., 1988) se define como un conjunto formal de procesos, que operando con un conjunto de datos estructurados de acuerdo a las necesidades de una empresa, recopila, elabora y distribuye (parte) de la información necesaria para la operación de dicha empresa y para las actividades de dirección de control correspondientes, apoyando al menos en parte, la toma de decisiones necesaria para desempeñar las funciones y procesos de negocio de la empresa de acuerdo con su estrategia.

Los sistemas de información sanitaria para el personal del ámbito de salud es aquel instrumento del que se obtiene una utilidad asistencial docente y de investigación y le posibilita la labor de evaluación.

6. Requisitos básicos de una historia clínica

Cada institución sanitaria elaboraba y diseñaba su propio modelo de historia clínica hasta hace pocos años atrás. Esto solía originar problemas o conducía a errores porque a veces las historias clínicas pasaban de unas instituciones a otras y el que los modelos fueran diferentes creaba dudas de interpretación. Además, para realizar estudios entre varios hospitales o instituciones resultaba engorroso manejar los distintos modelos. Debido a esto se han establecido normas para unificar los documentos que forman parte de la historia clínica.

La O.M.S. ha establecido unos mínimos de calidad a partir de los cuales se han elaborado modelos de historias clínicas estándar. Podemos decir entonces que una buena historia clínica es aquella que cumple los siguientes requisitos:

- ✓ Que esté identificada claramente la persona a la que se refiere la historia (enfermo).
- ✓ Que sea legible (letra clara) e inteligible (que cualquier profesional pueda entender lo que se expone en ella). Se aconseja escribir frases cortas y claras.
- ✓ Que los sanitarios que realicen cualquier tipo de anotación en la historia clínica se identifiquen en ella.
- ✓ Que los datos que se pongan sean concisos, organizados y fiables. Esta condición facilita que, sin pérdida de información, la lectura sea rápida.
- ✓ Que los papeles que lleva la carpeta de historia clínica no vayan colocados "de cualquier



forma". Cada institución establece un orden.

- ✓ Que cada documento esté normalizado, es decir, con un formato diseñado específicamente para la información que se quiere plasmar. Por ejemplo, las constantes vitales se anotan en una hoja distinta a la de tratamiento.

La historia clínica es un documento muy importante. Entre otras cosas debe ser perfectamente legible, estarán identificados el paciente y el personal sanitario y los datos han de ser concisos, organizados y fiables.

La mayoría de las anotaciones las realizan los médicos y los Diplomados de enfermería. Los Auxiliares de enfermería registraran sus actuaciones y cuidados en las "hojas de enfermería" de la historia clínica. Por ejemplo, la hoja de constantes vitales es una de esas "hojas de enfermería".

Para cumplir los requisitos antes expuestos vamos a señalar una serie de recomendaciones:

- No perder de vista que el auxiliar de enfermería también eres un sanitario y si el enfermo presenta una denuncia a la institución puedes verte implicado. Es difícil recordar los cuidados que prestaste en ese momento. Será más fácil recordarlo si se ha anotado en la historia clínica todas las intervenciones y las incidencias si las hubo.
- Escribir con letra y números claros. Evita las tachaduras por que dan la sensación de duda o de prestar poca atención a lo que se está haciendo. Hay que tener en cuenta que algo que no se puede leer bien es información que se pierde.
- Lo que haya que anotar debe hacerse lo más rápidamente posible, de este modo es improbable que se olviden cuestiones importantes. No es buena práctica hacer todo el trabajo y al final del turno rellenar las hojas.
- Las faltas de ortografía no son delito legal pero dicen muy poco en nuestro favor. Si tienes dudas no tengas vergüenza en preguntar.
- Usar frases cortas y claras. Escribe los hechos y no tus impresiones personales. Utiliza correctamente la terminología que conoces. Ejemplo: "el paciente orinó 3 litros en 24 horas" es correcto, pero lo es más si anotamos: "diuresis 3 litros".
- No olvidar que en muchos casos es muy importante registrar la hora en la que se realiza el cuidado, de determina una constante u observamos un problema. El día tiene 24 horas y es mejor referirse a ellas de 1 a 24 porque así queda claro que las 13 horas es la una del mediodía y no de la madrugada.
- Anotar todo aquello que se considere importante, identifícate en la anotación. No permitir que otras personas te presionen para omitir o cambiar información que no se ajuste a la realidad.
- Pensar siempre que tu profesionalidad y seguridad pasan por la veracidad.
- Utilizar solo aquellas abreviaturas internacionalmente aceptadas o aquellas que la institución ha recomendado. Las abreviaturas de invención propia sólo las entiende quien las escribe.

La historia clínica puede tener una cantidad de documentos variable, pero debe existir una historia clínica estándar para toda la comunidad autónoma. Se está de acuerdo en que no puede existir una historia sin un mínimo de documentos. Estos son:



- Hoja de admisión.
- Hoja de anamnesis.
- Hoja de exploración física.
- Hoja de evolución.
- Hoja de informes de laboratorio y exploraciones especiales.
- Hoja de órdenes de tratamiento.
- Informe de alta.
- Hoja de autorización especial.
- Hoja de observaciones de enfermería.
- Gráfico de controles.
- Informe quirúrgico.
- Informe de autopsia.
- Hoja de autorización de ingreso.

El documento principal de toda historia clínica es el informe de alta. Su estructura está regulada por un Decreto del Ministerio de Sanidad.

- La historia clínica en Atención Primaria: en atención primaria la historia clínica es diferente, es una historia cronológica. Aquí se van anotando los problemas que presenta el enfermo cada vez que acude a consulta y los consejos dados para promocionar la salud y prevenir la enfermedad. La historia clínica de cada paciente es única a lo largo de toda su vida.

Métodos de circulación de la información

Para evitar que los documentos que se hacen por cada paciente que ingresa se extravíen, y en algunos casos hasta haya que repetir estudios, es necesario guardar estos papeles de manera adecuada, con métodos seguros y eficientes para evitar así gastos innecesarios y hacer más eficaces los servicios hospitalarios.

Una forma de asegurarnos que los papeles llegan a los archivos, es que el auxiliar de enfermería los lleve personalmente a los archivos y allí entregarlos al personal encargado.

Hay también algunos centros hospitalarios que tienen un sistema de tubos neumáticos que conectan diferentes zonas del hospital, unas con otras y se pueden enviar documentos o pruebas por medio de ellos.

Los medios tecnológicos como correo electrónico por ejemplo, son también medios



adecuados, siempre y cuando se cuide el principio de confidencialidad del paciente.

Servicio de admisión y documentación clínica (SADC)

Son dos servicios son bastante nuevos y aún hoy están en un proceso de implantación, por lo que todavía carecen de normativa. Sin embargo, según el Real Decreto 521/1987 sobre organización y funcionamiento de los hospitales del INSALUD, conforme al organigrama hospitalario:

- El Servicio de Admisión forma parte del Área de Admisión, Recepción e Información. El área está adscrita directamente a la Gerencia.
- El servicio de Documentación Clínica forma parte del Área de Documentación y Archivo. El área está adscrita a la División Médica.

SADC tiene como objetivo:

- a) Facilitar las tareas asistenciales.
- b) Gestionar todos los procesos administrativos y de acceso al Sistema Sanitario.
- c) Organizar las actividades asistenciales de modo que no aumente excesivamente el gasto hospitalario.
- d) Obtener datos como: actividades desarrolladas, resultado de las enfermedades atendidas, demandas de los usuarios, calidad asistencial.

Servicio de documentación hospitalaria: Funciones

- Atención del paciente.
- Registro del paciente.
- Autorización de ingresos y altas.
- Gestión de camas.
- Coordinación con otras instituciones sanitarias.
- Gestión de listas de espera.
- Ayuda en la programación de quirófanos.

Servicio de documentación clínica

Recoger, seleccionar, revisar y ordenar las historias clínicas antes de ser archivadas, prestando total atención a que no faltan papeles y a que estén en perfecto orden.

Custodiar las historias clínicas que están archivadas y las que están circulando por el centro hospitalario.

Controlar las historias clínicas que se prestan (cuando y a quien) y las que se devuelven (cuando y quien).

Reproducir informes y custodiar la documentación clínica especial, sometida a trámites judiciales.



Cada institución tiene sus normas en cuanto al tiempo que guarda la documentación, ya que no hay norma jurídica que obligue a las instituciones a guardarlas por años. Sería ideal que se guardasen toda la vida, ya que son útiles en la docencia e investigación aunque el paciente lleve fallecido más de 20 años y no exista ningún proceso judicial abierto.

Algunos centros destruyen las historias clínicas pasados 25 años desde el fallecimiento del paciente, otros lo derivan a un archivo pasivo que las miniaturiza, haciendo que ocupe menos espacio. También hay empresas privadas que contratan los centros para la custodia de las mismas.

La historia clínica es propiedad del paciente. Éste la delega en usufructo a la institución sanitaria. La institución debe asegurar su custodia, conservación y garantizar la confidencialidad. La violación de la confidencialidad es delito.

Lo normal es tener informatizados los datos principales de cada historia. Algunos de esos datos son el diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas y las complicaciones si las hubiera.

