

***Manual de
Documentación
Clínica***

Actualización julio 2006

QUÉ ES LA HISTORIA CLÍNICA

Cuando nos referimos a la Historia Clínica hablamos del conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. (LEY 41/2002, Art. 3)

La Historia Clínica completa debe reflejar además aquellas circunstancias sociales que puedan tener relación con la valoración inicial de la situación del paciente y con el proceso evolutivo, su tratamiento y recuperación.

Incluirá además la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos (LEY 41/2002, Art. 14) .

La Historia Clínica es pues testimonio y reflejo de la relación entre el médico y el paciente y buscará la máxima integración posible de la documentación clínica de éste, al menos, en el ámbito de cada centro. (LEY 41/2002 Artículo 14)

La Historia Clínica será ÚNICA, CENTRALIZADA Y ACUMULATIVA para cada paciente, al menos en cada Institución Sanitaria. Y así ocurre en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

- La Historia Clínica se abre con un primer episodio de enfermedad que se atiende en Urgencias, en las consultas externas del Hospital o en el Área de Hospitalización.
- Los episodios asistenciales posteriores se añadirán a la misma Historia Clínica, aunque sean generados por especialidades diferentes a la que la inició.
- El informe generado en el Área de Urgencias, si el paciente no requiere hospitalización, será archivado en el Archivo Específico de Urgencias.

El contenido de la Historia Clínica incluye todo tipo de soportes, y por tanto se refiere a datos escritos, placas radiográficas, fotografía, vídeo y audio, tanto en formato tradicional como en formato digital.

La Historia Clínica debe ser un reflejo veraz del curso de la enfermedad. Los datos incluidos entre sus documentos no pueden ser alterados, falseados ni simulados, lo cual constituiría un delito de falsedad documental que está penado por el *Código Penal*.

PARA QUÉ SIRVE LA HISTORIA CLÍNICA.

La Historia Clínica es en primer lugar un derecho del paciente amparado por la LEY 41/2002, y está destinada a facilitar su asistencia sanitaria, tanto en la medicina primaria como en la especializada, incorporando la información trascendental para el conocimiento veraz y actualizado de su estado de salud y la información obtenida en todos sus procesos asistenciales. Esta es definitivamente su objetivo principal.

Pero además es el documento eje del sistema de información sanitario, imprescindible en su vertiente asistencial y administrativa. Su carácter de registro de datos permite el desarrollo de actividades:

- Docentes e investigadoras. Los estudios y enseñanzas en el ámbito de la salud, tanto retrospectivos como prospectivos, precisan registros completos y fiables que forman parte de la Historia Clínica. Las auditorías destinadas a evaluar la capacidad docente de los centros sanitarios buscan la calidad de la asistencia en la Historia Clínica.
- Epidemiológicas. Los estudios epidemiológicos con frecuencia se basan en datos retrospectivos. Por ejemplo, las estadísticas de mortalidad y morbilidad se realizan sobre datos obtenidos de la HC.
- Mejora Continua de Calidad. La actividad asistencial nunca podrá evaluarse, ni por tanto mejorarse, amparándose en datos sólidos, si no existe un registro veraz y preciso. Las auditorías de calidad se centran en el estudio de la Historia Clínica. Lo que no está escrito pudiera ser que no fuera realizado.
- Gestión y Administración. La evaluación de rendimientos asistenciales, de la complejidad de la asistencia prestada y la evaluación de costes por proceso o por paciente se basan en los datos reflejados en la Historia Clínica.
- Por otro lado, la HC es un registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad confiriéndole una trascendencia clave como documento médico-legal. Es un documento básico en los procesos judiciales, requiriéndose por los jueces de forma sistemática para elaborar los informes periciales y forenses necesarios en casos de esta índole. Se dice que “no hay mejor demostración de una correcta actuación sanitaria que una buena Historia Clínica”.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA.

Ambos aspectos son contemplados detalladamente por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Origen Personal, por la Ley 8/2000 de Ordenación Sanitaria de Castilla – La Mancha y por la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica

Queda bien claro que toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos referentes a su salud y a su estancia en los centros sanitarios públicos y privados.

El mantenimiento de este derecho implica primeramente a la Historia Clínica, la cual debe ser gestionada y custodiada de forma adecuada, permaneciendo accesible únicamente al personal legalmente autorizado.

Sin embargo, los preceptos de privacidad deben ser observados en todos los aspectos de la vida hospitalaria: la privacidad en el momento de la realización de la anamnesis y de la exploración física, la privacidad en el momento de la información a los familiares, las conversaciones entre sanitarios en los pasillos, el mantenimiento de la reserva adecuada de los datos de los pacientes en los controles de enfermería de las plantas de hospitalización (tablones, pizarras), las conversaciones telefónicas ...

El secreto profesional alcanza en general a todos aquellos que en algún momento tienen acceso a información sanitaria de los pacientes, por causa de su trabajo.

- Médicos
- Enfermería
- Auxiliares Clínicos
- Celadores
- Personal administrativo,
- Técnicos sanitarios
- Personal auxiliar del Hospital.

Cada uno de ellos accederá a la información necesaria para desarrollar sus funciones.

En caso de que se utilice la HC con fines epidemiológicos, de salud pública, investigación o docencia, facilitarán los datos clínico - asistenciales separados de los datos de identificación personal del paciente con el fin de preservar su anonimato.

El incumplimiento de estas obligaciones puede dar lugar a la comisión de ilícitos previstos en el Código Penal, y acarrear penas de prisión, multas e inhabilitación para el desempeño profesional.

Como se expondrá en secciones posteriores, el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete ha elaborado las normas y los procedimientos protocolizados necesarios para garantizar el acceso legal a los datos de los pacientes, su seguridad y conservación y aquellos destinados a la recuperación de la información archivada.

CUSTODIA Y GESTIÓN DE LA HISTORIA CLINICA

Son los centros sanitarios los encargados de estas funciones, respetando los principios antes referidos de mantenimiento de confidencialidad, accesibilidad y seguridad de la información del paciente. La Dirección del Centro es la responsable de la custodia de las historias clínicas.

Según la normativa vigente (Ley 41/2002) la documentación clínica debe ser conservada, por motivos clínicos, un mínimo de 5 años desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

QUIÉN TIENE ACCESO A LA HISTORIA CLINICA

- **Los profesionales asistenciales implicados en el proceso clínico** del paciente tienen acceso a la HC como herramienta en el proceso asistencial. El Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, a través del Servicio de Admisión y de Documentación facilita y gestiona el acceso a su contenido.
- **Otros profesionales:**
 - Motivos epidemiológicos, judiciales, de salud pública, docencia o investigación. En estos supuestos los datos clínicos deberán separarse de aquellos que identifiquen al paciente, salvo aquellos en los que la autoridad judicial estime que deban estar unificados.
 - Personal de administración y gestión del Centro. Accederán exclusivamente a datos relacionados con sus funciones
 - Personal sanitario acreditado con funciones de inspección, evaluación o planificación.
- **El paciente:** según la Ley 41/2002, el paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella.
 - El paciente podrá acceder a todos los datos recogidos en su HC, **a excepción de:**
 - Las anotaciones subjetivas realizadas por los profesionales sanitarios.
 - Los datos referidos a terceras personas, cuya confidencialidad pudiera quedar comprometida.
- El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por **representación** debidamente acreditada.
- **Pacientes fallecidos:** sólo se facilitará el acceso a la historia clínica a las personas vinculadas, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite.

- El acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes.
- No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido
- No se facilitarán las anotaciones subjetivas de los profesionales,
- No se facilitarán datos que perjudiquen a terceros.

COMPOSICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS DE LA H.C.

El contenido de la HC como se ha especificado con anterioridad abarca toda la información que permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente así como de su proceso asistencial, sea cual sea su formato físico.

En el momento de redacción de este manual el formato manejado en este Complejo Hospitalario es el formato "papel", con documentación escrita e impresa, radiología y fotografía impresa. Aunque no se ha desarrollado aún una HC informatizada, existen datos analíticos (radiología, análisis bioquímicos, hematológicos y microbiológicos e informes de anatomía patológica) y el Informe de Alta de Hospitalización cuyo acceso se realiza también a través de la red informática del Complejo. Este acceso se realiza mediante claves personales, con niveles de accesibilidad variables.

En general es responsabilidad de los profesionales sanitarios que intervienen en el proceso la cumplimentación de la Historia Clínica en sus aspectos asistenciales. A lo largo de las siguientes páginas se especificará este particular con más detalle, para los documentos que funcionan en el CHUAB

El contenido mínimo exigible de la HISTORIA CLÍNICA DE HOSPITALIZACIÓN, establecido por la Ley 41/2002, será el siguiente:

- La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- La autorización de ingreso.
- El informe de urgencia.
- La anamnesis y la exploración física.
- La evolución.
- Las órdenes médicas.
- La hoja de interconsulta.
- Los informes de exploraciones complementarias.
- El consentimiento informado.
- El informe de anestesia.
- El informe de quirófano o de registro del parto.
- El informe de anatomía patológica.
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- La aplicación terapéutica de enfermería.
- El gráfico de constantes.
- El informe clínico de alta.

Si no se trata de procesos con hospitalización (Consultas externas, Cirugía Ambulatoria, Hospital de Día), son exigibles (Ley 41/2002)

- La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- La anamnesis y la exploración física.
- La evolución.
- Las órdenes médicas.
- La hoja de interconsulta.

- Los informes de exploraciones complementarias.
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- La aplicación terapéutica de enfermería.
- Informe de Alta

Los documentos que componen las HC en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete serán descritos a continuación. Inicialmente se agruparán según su contenido y posteriormente serán comentados de forma pormenorizada, siguiendo el orden en que deben figurar en la HC ordenada al alta.

En base al contenido de los documentos es preciso definir:

- A. **Documentos básicos**: aquellos que forman parte de todas las HC.
 B. **Documentos específicos** de cada Servicio ó Especialidad.

A. DOCUMENTOS BÁSICOS:

ORDEN DE LOS DOCUMENTOS DE LA CARPETA QUE CONTIENE LA HISTORIA CLÍNICA:

El orden que se indica se refiere a la historia clínica cerrada, después del período asistencial, es decir, después de que el paciente haya sido dado de alta en hospitalización o consultas externas. Durante el período de atención médica la Historia Clínica tendrá el orden que resulte más cómodo para el personal que atiende al paciente. En la ordenación definitiva, estarán en primer lugar los documentos que más se consultan, y que resumen lo que ha ocurrido durante el período asistencial:

HOJA ESTADÍSTICO CLINICA
 SOLICITUD DE INGRESO
 INFORME DE URGENCIAS
 INFORME MÉDICO DE ALTA
 INFORME MÉDICO DE CONSULTA EXTERNA
 PETICIÓN DE ALTA VOLUNTARIA
 INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ALTA
 LISTA DE PROBLEMAS
 ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN
 DIARIO MÉDICO
 ORDENES DE TRATAMIENTO
 CONSENTIMIENTO INFORMADO
 CONSULTA PREANESTÉSICA
 PROTOCOLO DE ANESTESIA
 PROTOCOLO QUIRÚRGICO
 INGRESO EN SALA DEL DESPERTAR
 VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA
 DIARIO DE ENFERMERÍA
 GRÁFICA DE CONSTANTES
 CONTROL DE PRUEBAS
 MEDICACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA
 PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA DEL ENFERMO
 INFORME DE INTERCONSULTAS

El personal administrativo de planta o consulta será el encargado de que la documentación de las historias clínicas que se envíen al Archivo esté correctamente ordenada.

En el Servicio de Archivo y Documentación, en las altas de hospitalización, antes de proceder a su archivado definitivo se revisará de nuevo la historia. **En caso de incumplimiento será devuelta al servicio de origen para su reordenación.**