

UNIDAD 5: SALUD AMBIENTAL Y CALIDAD DE VIDA

Â

UNIDAD 5: SALUD AMBIENTAL Y CALIDAD DE VIDA. LA EDUCACIÓN AMBIENTAL

1. Problemas ambientales

1.1. Instrumentos para una gestión medioambiental sustentable

2. Salud ambiental y calidad de vida

2.1. La organización mundial de la salud (OMS) y el medio ambiente

2.2. Agentes medioambientales nocivos para la salud

3. La educación ambiental

1. Problemas ambientales

Â

1. PROBLEMAS AMBIENTALES

Los grandes avances alcanzados a partir del siglo XVIII (comienzo de la Revolución Industrial) y sobre todo en el siglo XX (Revolución científico-tecnológica) son los que han causado una degradación cada vez mayor del planeta y un reparto más desigual de los bienes y riquezas. Así, actualmente la humanidad comienza a sufrir los efectos negativos de sus propias actuaciones sobre el medio (industria, agricultura, pesca, ganadería, transportes, obras públicas, minería, ocio, guerras, etc.).

La acción desestabilizadora del hombre sobre la naturaleza se está viendo también agravada por el crecimiento exponencial de la población humana.

En términos ecológicos, la civilización contemporánea se caracteriza por la existencia de 3 fuentes de perturbación:

- Alteraciones del flujo de materia:

El hombre produce una elevada cantidad de residuos no biodegradables, así como otros contaminantes que se acumulan en la atmósfera, la hidrosfera y el suelo, perturbando el equilibrio de los ciclos biogeoquímicos.

- Alteraciones del flujo de energía:

El consumo frenético de energía sobrepasa las necesidades del hombre lo que también deriva en problemas de contaminación, sobreexplotación y agotamiento de recursos no renovables.

- Pérdida de biodiversidad

Los grandes impactos ambientales globales pueden clasificarse como:

- Impactos sobre la atmósfera

o Destrucción de la ozonosfera: Serán los impactos contra la zona de la atmósfera caracterizada por la presencia de ozono, comprendida entre los 15 y 40 km. de altura, y que tiene un papel muy importante en el equilibrio de las radiaciones

o La lluvia ácida: presenta un pH menor (más ácido) que la lluvia normal o limpia. Constituye un serio problema ambiental ocasionado principalmente por la contaminación de hidrocarburos fósiles. Estos contaminantes son liberados al quemar carbón y aceite cuando se usan como combustible para producir calor, calefacción o movimiento (gasolina y diesel).

La lluvia ácida se forma generalmente en las nubes altas donde el SO₂ y los NO_x reaccionan con el agua y el oxígeno, formando una solución diluida de ácido sulfúrico y ácido nítrico. La radiación solar aumenta la velocidad de esta reacción.

o Incremento del efecto invernadero: Se refiere al aumento del fenómeno por el cual determinados gases, que son componentes de la atmósfera, retienen la energía que el suelo terrestre emite y una parte de la misma la reemiten a la superficie de la Tierra. Este fenómeno evita que gran parte de la energía emitida por la Tierra se transmita directamente al espacio, lo que provoca un continuo calentamiento de la superficie terrestre e impedir a la vida.

El efecto invernadero se está viendo acentuado por la emisión de ciertos gases debidos a la actividad humana, como el dióxido de carbono y el metano, que está produciendo un calentamiento en la Tierra.

o El "smog": es una palabra que surge de la unión de otras dos: Humo (Smoke) y Niebla (fog). Como puede observarse, este concepto intenta definir la contaminación que surge cuando se mezcla humo y niebla. Aunque cada vez es menos frecuente, en las grandes ciudades de países en desarrollo todavía son un problema los dos tipos de smog existente: Industrial y fotoquímico.

A consecuencia de esto, el smog produce enfermedades ya que el smog está compuesto de una mezcla de contaminantes que invaden la atmósfera y pueden afectar la salud, en especial la de las personas de mayor riesgo como ancianos, niños y enfermos. La gente sensible puede experimentar síntomas después de permanecer solamente una o dos horas al aire libre en medio de un ambiente contaminado. El ozono a nivel del suelo afecta el sistema respiratorio del cuerpo y produce una inflamación de las vías respiratorias que puede persistir por hasta 18 horas después de la exposición al smog.

- Impactos sobre la hidrosfera

o Contaminación de las aguas epicontinentales: Las aguas epicontinentales se refieren a la masa de agua dulce o salada que se extiende sobre un continente.

o Contaminación de las aguas marinas y oceánicas

o Contaminación de las aguas subterráneas

- Impactos sobre la geosfera (suelo)

o Desertización

o Erosión del suelo

o Contaminación del suelo

- Impactos sobre la biosfera

o Pérdida de biodiversidad: Se refiere a la pérdida de especies de la naturaleza, como ejemplo serían los animales en peligro de extinción o extinguidos, las plantas o árboles en riesgo de desaparecer, etc.

1.1. Instrumentos para una gestión medioambiental

Â

1.1. INSTRUMENTOS PARA UNA GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL SUSTENTABLE

- Medidas preventivas

o Normativa y legislación ambiental (Internacional, estatal, autonómica y local)

o Educación ambiental

o Evaluación de Impacto Ambiental (EIA)

o Investigación básica y desarrollo de nuevas tecnologías respetuosas con el medio ambiente.

o Planificación y ordenación del territorio.

o Reservas de la biosfera (otorgadas por la UNESCO)

- Medidas correctoras

o Restauración o rehabilitación de zonas deterioradas

o Auditoría medioambiental

Â

2. Salud ambiental y calidad de vida

Â

2. SALUD AMBIENTAL Y CALIDAD DE VIDA

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Y EL MEDIO AMBIENTE

Existe una estrecha interdependencia entre medio ambiente y salud, de ahí la preocupación sobre el daño medioambiental por todos los Organismos que, directa o indirectamente, son responsables de la Salud Pública.

Ya en 1977 la OMS se marcó como principal objetivo de carácter social "que todos los habitantes del mundo tengan acceso a un nivel de salud que le permita desarrollar una vida productiva social y económicamente".

Lo que está en juego a corto plazo es la salud y el bienestar de todos y de las generaciones venideras, entendiendo el término Salud como el "AJUSTE EQUILIBRADO entre INDIVIDUO y su entorno MEDIO AMBIENTAL".

Se convierte así el siguiente lema en una meta prioritaria: "Sin un medio ambiente saludable, es imposible que los habitantes de las poblaciones en un entorno concreto se consideren sanos".

Actualmente, existe una amplia legislación, tanto a nivel comunitario como a nivel nacional y autonómico, sobre salud laboral y ambiental.

Â

AGENTES MEDIOAMBIENTALES NOCIVOS PARA LA SALUD

Muy diferentes agentes nocivos medioambientales pueden ser estudiados en relación con la salud humana, y éstos se encuentran muy en relación con el nivel de desarrollo socioeconómico y enclave geográfico, que corresponde a una determinada comunidad (según la Junta de Andalucía, en Almería).

Para una más fácil descripción los vamos a analizar como:

Agentes mecánicos

Radiaciones solares

Vibraciones-ruidos

Radiaciones ionizantes

Microondas

Agentes biológicos

Otros agentes nocivos para la salud

Agentes mecánicos

Â

Las acciones de los agentes mecánicos, pueden dar lugar al nivel de salud del cuerpo humano por:

- **Traumatismos:** Colisión del cuerpo humano con un obstáculo, o colisión de un objeto en movimiento contra el cuerpo humano con resultado de daño, pues la fuerza de los golpes, está en relación directa con la masa y la velocidad. Los efectos pueden ser conmociones, contusiones, heridas y politraumatismos, así por efecto expansivo de la onda de las explosiones. Ver primeros auxilios
- **Cinetosis:** Ocasionada por desplazamiento pasivo del cuerpo humano, como ocurre en el mareo de la embarcación. La clínica se traduce por un síndrome del vestibulo (oído interno).
- **Aceleración:** Por cambio de velocidad o dirección en el movimiento al que está sometido el cuerpo humano. Según sea esta en sentido longitudinal o transversal al eje mayor del cuerpo humano, tendrá traducción clínica en isquemia cerebrovascular, congestión vasculocerebral o dificultad respiratoria respectivamente.
- **Gravedad:** La gravedad puede incidir sobre la posición exacta del cuerpo humano con dificultades adaptativas, desencadenando hipotensión arterial ortostática, varices de los plexos venosos en los miembros inferiores, artropatía coxofemoral o pie plano.

Vibraciones y ruidos

La contaminación acústica producida por la actividad humana ha aumentado de forma espectacular en los últimos años. España, después de Japón, es el segundo país con más índice de población

expuesta altos niveles de ruido. Casi 9 millones de españoles, soportan niveles medios superiores a los permitidos por la legislación.

Dependiendo generalmente de la estructura socioeconómica y geográfica de un asentamiento humano, en términos generales, el 80% del nivel medio de ruidos es debido a vehículos a motor, 10% industrias, 6% ferrocarriles, 4% bares, locales públicos, pubs... aunque el actual cambio de vida social de la juventud, lleva altos niveles de ruido en ciertas horas de días no laborales y en determinadas áreas geográficas de las ciudades, que están ocasionando la revisión de las leyes permisivas o no aplicadas, como expresión de un problema medioambiental que incide sobre la salud y que generan las propias poblaciones.

•

La exposición continuada al ruido produce la pérdida progresiva de la capacidad auditiva y especialmente en expuestos industrialmente, así como los que utilizan habitualmente "mp3, mp4" y motocicletas o los que acuden regularmente a discotecas y lugares de ocio.

•

Además, el ruido puede causar efectos sobre:

- Sistema cardiovascular, con alteraciones del ritmo cardíaco, riesgo coronario, hipertensión arterial y excitabilidad vascular por efectos de carácter neurovegetativo.
- Glándulas endocrinas, con alteraciones hipofisarias y aumento de la secreción de adrenalina.
- Aparato digestivo, con incremento de enfermedad gastroduodenal por dificultar el descanso.
- Otras afecciones, por incremento inductor de estrés, aumento de alteraciones mentales, tendencia a actitudes agresivas, dificultades de observación, concentración, rendimiento y facilitando los accidentes.
- Sordera por niveles de 90 dB y superiores mantenidos. Está reconocida la sordera, incluso como "enfermedad profesional", para ciertas actividades laborales, siempre que se constate la relación causa-efecto.

En cuanto a las **vibraciones**, la Directiva particular 2002/44/CE define dos tipos de vibraciones diferentes especificando los problemas de salud que éstas tienen:

- Las vibraciones transmitidas al sistema mano-brazo, que pueden conllevar, en particular, problemas vasculares, de huesos o de articulaciones, nerviosos o musculares.
- Las vibraciones transmitidas al cuerpo entero, que pueden desencadenar, en particular, lumbalgias y lesiones de la columna vertebral.

Radiación solar

La radiación solar tanto por defecto como por exceso en el medio ambiente del hombre, genera manifestaciones clínicas.

Por defecto la luz, dada su influencia sobre el crecimiento del cuerpo humano, genera una pérdida del tono metabólico, así como dos enfermedades relacionadas con la estructura ósea, como son la osteomalacia en el adulto y el raquitismo en el niño por falta de vitamina D.

El exceso de luz en el medio ambiente, puede dañar el cuerpo humano por la acción calorífica de los rayos infrarrojos o por la acción de las radiaciones ultravioletas sobre la piel.

En definitiva, podemos decir que las radiaciones solares pueden producir efectos:

- Inmediatos:

- o Sobre la piel puede producir eritema o aumento de la pigmentación melánica.
- o Sobre el globo ocular puede producir querato-conjuntivitis.

- Latentes:

- o Estocásticos, pudiendo producir cáncer de piel y lesión corneal
- o No estocásticos, pudiendo producir queratosis actínica y cataratas.

Radiaciones ionizantes

Â

El ser humano puede sufrir los efectos de las radiaciones que proceden de la "naturaleza" (rayos cósmicos, radiación terrestre) o bien de "fuentes internas" y aplicadas médicamente al cuerpo humano. Pero también el ser humano puede quedar sometido a la llamada "radiación artificial", que tiene su origen en residuos radioactivos industriales, en explosiones nucleares con fines bélicos o de centrales nucleares, en ciertas minas o por exposición incluso a equipos de electromedicina o a nivel doméstico. Todo esto no es peligroso cuando estas radiaciones no superan la Dosis Máxima Permisible (D.M.P.), que será aquella que acumulada durante un largo período de tiempo o resultando de una sola exposición, conlleva una probabilidad despreciable de ocasionar lesión somática.

Â

Sobre el organismo humano, se pueden producir efectos somáticos y efectos genéticos. Unos afectan al propio individuo y otros a los descendientes. Los daños que pueden causar las radiaciones serán: anemia, macrocitosis, cataratas, alteraciones de las uñas, y huellas digitales, abortos, leucemias, cáncer, acortamiento de la vida, muerte fetal... Además, de los daños causados a nivel genético como enfermedades que pasan de padres a hijos, malformaciones en feto, etc.

Â

Como ejemplo el mayor accidente nuclear de la historia, tuvo lugar el 26 Abril 1986 en Chernobil (UCRANIA), donde se lanzaron 20 millones de curies (unidades de radiación) alcanzando un nivel de radiactividad "tipo 7", esto es, máximo, causando la muerte, enfermedades y graves daños en la herencia genética.

Microondas

Por encima de la banda de infrarrojos las radiaciones no ionizantes son utilizadas en la radio, la televisión y la telefonía móvil, y son base del radar, y de diversos equipos electrodomésticos, pudiendo en ocasiones dañar potencialmente al hombre.

La radiación por microondas calienta las células de la piel y del cerebro situadas en la proximidad del foco emisor, si un tejido es pobre en su vascularización no puede termo-adaptarse produciendo la muerte celular.

Â

Agentes Biológicos

•

Los agentes biológicos, organismos parasitarios, fúngicos o microorganismos bacterianos y víricos, así como diversos protozoos, pueden afectar al ser humano porque pueden llegar a él desde el medio ambiente propiamente dicho o desde reservorios telúricos, acuáticos o animales. En otras ocasiones llegan al hombre a través de los alimentos naturales o artificiales y en ocasiones a través del aire o por contacto con artrópodos o animales salvajes o domésticos.

•

Una vez en el cuerpo humano pueden producir desde infecciones inaparentes hasta cuadros clínicos severos y pueden conllevar a graves minusvalías y a la muerte incluso. Un ejemplo de agente biológico que causa una amenaza terrorista es el Ébola.

•

Otros agentes medioambientales nocivos

- Tabaquismo pasivo

Inhalación no deseada, de humo procedente del hábito del fumar de otras personas en ambientes cerrados.

- Productos químicos contaminantes

Pueden causar enfermedades a través del agua, del aire o de los alimentos.

- Frío, calor.

El óptimo para el desarrollo del ser humano, de forma general, es un área que representa la "zona de confort" que va desde los 18 a los 37 °C y hasta un 70% de humedad relativa.

- Presión

Se pueden ver afectados el oído, los senos paranasales (barosinusitis) y el parénquima pulmonar.

3. La educación ambiental

•

3. LA EDUCACIÓN AMBIENTAL

Según la Comisión de Educación del IUCN, Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza y sus Recursos, 1970 *"La educación ambiental es el proceso que consiste en reconocer los valores y aclarar conceptos con objeto de fomentar las aptitudes necesarias para comprender y apreciar las interrelaciones entre el hombre, su cultura y su medio biofísico. La educación ambiental entraña también la práctica en la toma de decisiones y en la propia elaboración de un código de comportamiento con respecto a las cuestiones relacionadas con la calidad del medio ambiente."*

El Seminario Internacional de Educación Ambiental que tuvo lugar en Belgrado durante los días 13 al 22 de octubre de 1975 fue organizado por la UNESCO, con la colaboración del Centro de Estudios Internacionales de la Universidad de aquella ciudad y sirvió como plataforma de lanzamiento del Programa

Internacional de Educación Ambiental.

En dicho Seminario se explicita que, *"La Educación Ambiental pretende lograr que la población mundial tenga conciencia del medio ambiente y se interese por él y por sus problemas conexos y que cuente con los conocimientos, aptitudes, actitudes, motivaciones y deseos necesarios para trabajar individual y colectivamente en la búsqueda de soluciones a los problemas actuales y para prevenir la aparición de otros nuevos."*

Los objetivos de la Educación Ambiental deberán ser adaptados a la realidad económica, social y ecológica de cada región y sociedad, pero quedan definidos en los siguientes:

- Que el ser humano comprenda la estructura compleja del medio ambiente resultante de la interacción de elementos biológicos, físicos, sociales, culturales y económicos.
- Suscitar comportamientos y actitudes relacionadas con el desarrollo sostenible.
- Que el ser humano perciba claramente la importancia del medio ambiente en las actividades del desarrollo económico, social y cultural.
- Mostrar el alcance global de los problemas ambientales, comprendiendo que las decisiones y el comportamiento de todos los países pueden tener consecuencias de alcance internacional.
- Orientar y estimular la participación social y la toma de decisiones tanto para demandar políticas eficaces en la conservación y mejora del medio como para intervenir en la gestión de los recursos en el seno de la comunidad.
- Introducir en los contextos educativos la Educación Ambiental como dimensión curricular en el proceso integrador de las diferentes disciplinas, que permita un análisis crítico del medio en toda su globalidad y complejidad.

En resumen, podemos decir que la educación ambiental se propone incentivar el reconocimiento de la importancia del medio ambiente por parte de la sociedad, así como el desarrollo de la capacidad crítica respecto a los temas que le conciernen, con vistas a formar ciudadanos comprendidos con el desarrollo sostenible y la defensa del medio ambiente.

UNIDAD 6: DOCUMENTACIÓN SANITARIA

Â

UNIDAD 6: DOCUMENTACIÓN SANITARIA LA EDUCACIÓN AMBIENTAL

0. Introducción

1. Concepto de Documentación Clínica

1.1. Historia Clínica

1.2. Datos de una Historia Clínica

1.3. Historia Clínica de Atención Primaria

0. Introducción

Â

0. INTRODUCCIÓN

Cuando se produce la asistencia a un paciente, ya sea en atención primaria o en atención especializada, es necesario cumplimentar una serie de documentos oficiales que recojan los datos relativos al proceso, así como los datos personales del paciente. Estos documentos conforman la documentación clínica del paciente, así como su historia clínica.

1. Concepto de documentación clínica

Â

1. CONCEPTO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Según Paul Otlet (1934 en el Tratado de Documentación), se entiende que esta documentación elabora los datos científicos y técnicos relativos a cuatro objetivos:

- El registro del pensamiento humano y de la realidad exterior en elementos de naturaleza material (documentos).
- La conservación, vinculación, utilización, catalogación, descripción y análisis de estos documentos.
- La elaboración con la ayuda de documentos simples de otros más complejos o conjuntos de documentos.
- Registro de datos rápidos, directo, exacto al mismo tiempo analítico y sintético.

Años más tarde, Mikhailov (1968) especifica que la documentación es la disciplina que estudia la estructura y las propiedades de la información científica, así como las leyes que rigen la actividad científico-informativa, su teoría, historia, metodología y medio óptimo de presentación, la recolección, procesamiento analítico sintético, almacenamiento, búsqueda y disseminación de la información científica.

Existen diferentes tipos de documentaciones a nivel científico-médico, para este tema nos centraremos en la documentación clínica, la cual es entendida como la historia clínica que surge de la relación personal sanitario-enfermo, y, más específicamente, de la relación médica-enfermo, y necesita recoger dos tipos de información: primero clínica y segundo asistencial.

- **Información clínica:** Es aquella que hace referencia al estado de salud o de enfermedad de un individuo dentro de la cual podremos incluir los datos de identificación del paciente, sus antecedentes familiares y personales, sus hábitos tóxicos, patología actual expresada en diagnóstico, resultados de pruebas diagnósticas y terapéuticas a las que haya estado sometido, etc. Esta información debe permitir reconocer a un individuo como paciente, diagnosticarlo, aplicarle un tratamiento y seguir la evolución de su estado patológico.
- **La información asistencial:** Es aquella información generada y recogida como resultado de una actividad asistencial, pudiendo englobar datos clínicos pero desde el punto de vista de la actividad productiva, como por ejemplo el número de enfermos que ha visitado en una fecha determinada consultas externas lo cual es el tiempo medio de una intervención quirúrgica.

1.1. La historia clínica

Â

1.1. LA HISTORIA CLÍNICA

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, la define de dos maneras:

- Según el artículo 3: "El 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".
- Según el artículo 14: "La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro".

Existen otras definiciones que viene a ser muy parecidas a las establecidas en la legislación como la que establece Orenco López que la define como el elemento clave para el ejercicio del médico, tanto desde el punto de vista asistencial, ya que actúa como recordatorio para el manejo clínico del paciente, como desde el punto de vista investigador y docente permitiendo el análisis retrospectivo del que hacer médico. Siendo por tanto, el documento donde se recogen la información procedente de la práctica clínica relativa a un enfermo y donde se reúnen todos los procesos a los que ha sido sometido.

Â

Evolución histórica de la historia clínica (H^a C)

Â poca egipcia:

La H^a C nace en el primer momento en que se reconoce la comunicación entre médico y enfermo, de forma rudimentaria los primeros esbozos aparecen 3.000 años a.C. en forma de descripciones quirúrgica en los Papiros de Elbers y Edwin Smith que describen casos clínicos que están ordenados "ad caput ad calcem" (de cabeza a los pies), y exponen claramente casos quirúrgicos con escasa influencia mágica.

Â poca griega:

En la Antigua Grecia es con Hipócrates (460 a.C.) cuando aparecen los primeros registros médicos (colecciones hipocráticas s. IV y V a.C.). En ella se reconocen 42 H^a y pueden considerarse como los primeros ejemplos de H^a C tal y como lo entendemos hoy. Son relatos individuales caracterizados por una gran precisión en la observación y descripción, ordenados según la cronología de los hechos y enfocados a la observación con el ambiente.

Edad media:

En la Edad Media (s. XIII) aparecen los Concilia que reflejan la concepción galénica de la medicina. Estaban formados por cuatro partes:

- Título o epígrafe de la entidad nosológica (lo que produce la enfermedad).
- Exposición de síntomas relacionados con reflexiones doctrinales.
- Discusión de la etiología (causa), patogenia (origen y desarrollo) y tratamiento del caso.
- Fórmula religiosa al final.

Los Concilias actuaban como ejemplos de un caso del saber universal y aconsejaban sobre cómo deberían ser diagnosticados y tratados los casos iguales al descrito.

Renacimiento:

(S: XVI). Esta etapa se conoce como Observatio. Las Hª vuelven a ser individualizadoras y descansan en la observación. Se le añade un epígrafe con la especie morbosa del caso y se produce un proceso de independización cada vez mayor entre la Hª morbi y la explicación, y la sintomatología se vuelve a considerar cronológicamente. Se separa, por tanto, la clínica del diagnóstico. Estas Hª introducen como innovación el estudio anatomopatológico procedente de la autopsia. Fue Antonio Benivieni el fundador de la anatomía patológica, en su libro "Sobre algunas de las causas desconocidas y sorprendentes de enfermedades y curaciones" cuenta lo que se encontraba en los cadáveres, creando de esta forma el primer protocolo de autopsia relacionándolo con la Hª C.

Mundo moderno:

En el s. XVII se produce la ruptura con la medicina galénica para dar paso a la revolución científica. Se puede considerar a Sydenham como el indicador del proceso denominado empirismo clínico, que basa la descripción del proceso patológico en la realidad clínica. Estas ideas fueron difundidas, fundamentalmente por Boerhaave que fue el primero en indicar que el examen médico ha de empezar por la inspección, anamnesis y exploración, y estructurar la Hª C en cinco capítulos que son básicamente los que hoy se utilizan: descripción del sujeto, antecedentes remotos y próximos, enfermedad actual, curso de la enfermedad e inspección del cadáver.

S. XVIII, XIX y XX:

Durante los siglos XVIII, XIX y XX aparecieron tres nuevas orientaciones en la ciencia médica que se reflejaron en otras tantas formas de enfocar la Hª C:

- Mentalidad anatomo-clínica. Aunque se inició en los s. XVII y XVIII, no será hasta el s. XIX cuando se desarrolle plenamente. Presupone que la enfermedad es la lesión anatómica que la origina. El conocimiento de la lesión, signos clínicos, datos de exploración y autopsias constituye la base fundamental de la ciencia médica. Las Hª C, por tanto, se constituyen como una serie discontinuas de signos físicos.
- Mentalidad fisiopatológica. Se inicia a mediados del s. XIX. Define a la enfermedad como un proceso continuo y medible, y la Hª C refleja el proceso patológico con una serie de gráficos y cifras en las que se monitoriza la TA, la tensión arterial y la frecuencia cardíaca.
- Mentalidad etiopatológica. Demuestra las conexiones objetivas entre los antecedentes y la clínica. Estos antecedentes en el s. XIX eran la intoxicación y la infección a los que añade el s. XX la herencia, los factores psíquicos y los sociales.

La unión de las tres mentalidades hacen que se obtengan una Hª C unitaria.

S. XX:

Aunque en el siglo XIX la Hª C había adquirido mayor coherencia y precisión, así como una mayor riqueza descriptiva, no es hasta el s. XX cuando se considera como motivo de estudio tanto al hombre sano como al enfermo, se les considera a ambos como un todo (físico, psíquico y social). Nacen, así, otras dos mentalidades: la biopatológicas y la antropológica.

a) Hª biopatol³gica. Se realizan en funci³n de la constituci³n del ser humano. Se describe al hombre en todos sus aspectos y se incluyen pruebas funciones (anal³ticas, tensi³n arterial...).

b) Hª antropol³gica. Como la constituci³n del hombre no resuelve el problema de su personalidad totalmente, la Hª C se convierte en la biograf³a de la enfermedad de un paciente (Lain Entralgo lo llama biopatograf³a).

A partir de la Segunda Guerra Mundial, la Hª C deja de ser un documento de uso exclusivo del m³dico y son m³ltiples las personas que tiene acceso a la informaci³n en ella recogida. Todo ello hace que aparezca la Hª C actual. En este periodo, adem³s, surge la especializaci³n y la medicina hospitalaria. Esto modific³ sustancialmente la Hª C. En el primer lugar dej³ de ser un documento individual, redactado ³nicamente por un m³dico para convertirse en un instrumento que refleja la actividad del equipo asistencial. La medicina hospitalaria incorpor³, adem³s, informaci³n m³dico administrativo.

En 1967 E.D, Acheson propone el Record Linkage, que significa Registro de Uni³n, con el que hace referencia a que la Hª C debe recoger informaci³n de la persona desde que nace hasta la muerte. La Hª C, por lo tanto, debe ser personal, integrada y acumulativa. Posteriormente fue apoyada por las recomendaciones para los tipos o est³ndar de Hª C hospitalaria del Informe Tunbridge, en el que se dice que la Hª C debe de tener unos formatos, un orden y que se debe homogeneizar los datos de identificaci³n. El Informe Walter lo apoya. Posteriormente el grupo de estudio de la OMS, en 1969 apoya la idea de la importancia sanitaria de la Hª C "Hª ³nica por paciente".

La Asociaci³n de Hospital Americano, en 1972, tambi³n plantea la necesidad de una estandarizaci³n y normalizaci³n de la Hª C. Todos estos estudios coinciden en la necesidad de establecer unas normas y principios para unificar los documentos que compone la Hª C. Los tres grandes objetivos de la normalizaci³n son:

- Dotar a la Hª C de un aspecto externo, homogeneo y est³ndar.
- Simplificar e contenido informativo de los documentos, evitando la dispersi³n de datos y de los documentos.
- Darle un orden y una estructura l³gica y a los documentos que la integran.

Â

Caracter³sticas de la Hª C actual

La Historia Cl³nica en el hospital cumple una serie de **caracter³sticas**: es ³nica, acumulativa, integrada y compartida:

- **³nica**: cada individuo deber³ contar con tan solo una Hª C. Seg³n el art³culo 61 de la Ley General de Salud en cada ³rea de salud debe procurarse la m³xima integraci³n de la informaci³n relativa a cada paciente, por lo que al principio de Hª C ³nica para cada paciente deber³ mantenerse al menos dentro de los l³mites de cada instituci³n asistencial.
- **Acumulativa**: contiene toda la informaci³n generada por dicho paciente en los sucesivos contactos que en el futuro realice.
- **Integrada**: debe contener informaci³n de los distintos niveles y equipos asistenciales que intervengan.

- **Compartida:** debe encontrarse a disposición de cualquier profesional autorizado.

1.2. Datos de la historia clínica

Â

1.2. DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica se confeccionará con los documentos aprobados por la Comisión de Historias Clínicas (HH. CC.) y ratificados por la Dirección del Hospital.

La comisión de HH. CC. es un órgano consultivo dependiente de la comisión central de garantía de calidad del centro. Está presidida por el director del centro y en ella participan los responsables de las unidades que componen el servicio de información (Admisión, Documentación y Archivo, Estadística) y representantes del personal médico, de enfermería y de admisión.

Los documentos básicos y su composición según la Ley 41/2002, que recoge en su artículo 15, son los siguientes:

- La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.
- La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud. El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente:

- a) La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- b) La autorización de ingreso.
- c) El informe de urgencia.
- d) La anamnesis y la exploración física.
- e) La evolución.
- f) Las órdenes médicas.
- g) La hoja de interconsulta.
- h) Los informes de exploraciones complementarias.
- i) El consentimiento informado.
- j) El informe de anestesia.
- k) El informe de quirófano o de registro del parto.
- l) El informe de anatomía patológica.
- m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.

n) La aplicación terapéutica de enfermería.

±) El gráfico de constantes.

o) El informe clínico de alta.

Los parrafos b), c), i), j), k), l), ±), y o) serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga."

NOTA: La descripción de cada uno de los apartados que vienen a continuación han sido añadidos para hacer más fácil su asimilación, ya que la descripción no la recoge la Ley 41/2002.

- **Hoja clínico-estadístico:** Son datos relacionados con la identificación del paciente. El departamento de admisión rellena los datos de identificación tales como: nombre, apellidos, dirección postal, teléfono, fecha de nacimiento, sexo, y número de la Seguridad Social. También se hará constar el servicio responsable de asistencia y el número de HH CC que será único por paciente. Además se introducen los datos correspondientes al alta, tiempo transcurrido entre la fecha de alta y la recepción de la Hª en el expediente menor a diez días.
- **Autorización de ingreso:** Es el documento por el cual el paciente o su responsable legal autorizan la hospitalización y la puesta en práctica de aquellas medidas diagnósticas o terapéuticas que los facultativos consideren oportunas y que no precisen de una Hoja de Consentimiento Informado.
- **Informe de urgencia:** Las actividades clínicas desarrolladas por los Servicios de Urgencias de los Hospitales por cada paciente atendido se registrarán en un Tipo Documental denominado Informe de Urgencias. Se incorporará a la Historia Clínica cuando el paciente atendido en el Servicio de Urgencias quede ingresado en el Hospital.
- **Anamnesis y la exploración física:** Es el documento destinado a recoger:

o la información referente al motivo de la consulta y/o ingreso, antecedentes personales y familiares, cuestionario por aparatos y sistemas, relato de la enfermedad actual y otros aspectos clínicos de interés.

o los datos de la exploración física realizada al paciente, ordenada por aparatos y sistemas, así como el diagnóstico de ingreso, el diagnóstico diferencial, el plan de estudio y el plan terapéutico inicial.

- **Evolución:** Es el documento destinado a recoger comentarios tanto periódicos como urgentes de aquellas incidencias, hallazgos exploratorios y pruebas complementarias acontecidas durante el proceso asistencial. Asimismo, se recogerá la modificación de un diagnóstico previo, y el inicio, modificación o supresión de un tratamiento.
- **Órdenes médicas:** Es el documento destinado a recoger el registro diario y actualizado de las prescripciones médicas. Las prescripciones medicamentosas deberán ser precisas y legibles, indicándose el nombre del medicamento y/o principio activo, unidades, dosis, frecuencia y vía de administración.
- **Hoja de interconsulta:** La finalidad es solicitar un diagnóstico, unos estudios, etc. sobre un paciente determinado a otro facultativo del mismo u otro servicio. El médico solicitante expondrá el diagnóstico del paciente y la razón de la interconsulta, especificando la prioridad, como y urgente, preferente o normal. La solicitud se responderá en el mismo documento de petición, siempre que ello sea posible.

- **Informes de exploraciones complementarias:** Es el documento destinado a recoger la información de resultados generada por la práctica de cualquier prueba instrumental que se efectúe a un paciente con fines terapéuticos o diagnósticos, tales como análisis clínicos, estudios anatomopatológicos, estudios radiológicos, pruebas funcionales y registros gráficos.
- **Consentimiento informado:** Es el documento donde deberá constar que el paciente o responsable legal del mismo ha sido informado de su estado de salud y de las posibles alternativas terapéuticas existentes para su diagnóstico y tratamiento, así como la autorización o no por su parte para:

o Cirugía y/o técnicas exploratorias especiales

o Donaciones de órganos

o Transfusión

o Experimentación y ensayos clínicos

o Examen postmortem o necropsia

o Utilización de datos identificativos de los pacientes con otros fines distintos al estrictamente asistencial de los documentos recogidos en la Historia Clínica.

- **Informe de anestesia:** Es el documento destinado a recoger la actividad realizada por el anestesiólogo, en el que deberá incluirse el resumen del reconocimiento preoperatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el postoperatorio inmediato mientras esté sometido a la actuación del anestesta.

- **Informe de quirófano o de registro del parto:** Es el documento destinado a recoger la información referente a los procedimientos quirúrgicos u obstétricos. Deberá contener, como mínimo:

o Datos de identificación del enfermo.

o Tipo de anestesia empleada.

o Descripción de la técnica o procedimiento utilizado.

o Duración. Hora de inicio y finalización de la intervención.

o Incidencias ocurridas durante la intervención.

o Hallazgos operatorios.

o Diagnóstico pre y postoperatorio.

o Identificación del equipo participante en la intervención (cirujanos, anestesta, instrumentista y matrona.

o Estado y destino del paciente al salir del quirófano o sala de partos.

o Indicación de si se ha solicitado o no examen anatomopatológico y/o bacteriológico del material extraído en la intervención. En caso afirmativo, enumeración de las piezas.

o Fecha y firma del médico y/o matrona que la realiza.

- **Informe de anatomopatológica:** Recogen la técnica empleada, así como, la descripción del material remitido y el diagnóstico anatomopatológico (linfoma, filtrado, tumor,...). El servicio de anatomopatológica indicará la fecha y firmará a la entrega de los resultados.
- **Evolución y planificación de cuidados de enfermería:** Es el documento en el que quedarán registrados dos tipos de informaciones:

o todas las incidencias que se observen durante la asistencia al paciente, así como los resultados del plan de cuidados y las modificaciones de dicho plan debidamente razonados.

o todos los cuidados de enfermería, tanto los derivados de órdenes médicas como los administrados por la propia atención de enfermería.

- **Aplicación terapéutica de enfermería:** Es el documento en el que quedan registradas las aplicaciones medicamentosas administradas por el equipo de enfermería en base a las órdenes médicas. Deberá ir cumplimentada por el enfermero indicando:

o Medicamento

o Vía

o Dosis

o Unidades

o Fecha y hora

- **Gráfico de constantes:** Es el documento que registra gráficamente las constantes vitales del paciente. Deberá constar de:

o Día de hospitalización

o Fecha y, en su caso, hora

o Constantes vitales de rutina, tales como: pulso, temperatura, presión arterial, diuresis, dieta, pesa, balance hídrico y demás controles que fuese necesario incluir de acuerdo a la evolución del paciente, ya sean ordenados por el médico o procedentes de la propia actividad asistencial de enfermería.

- **Informe clínico de alta:** Es el documento que contiene la información resumen del episodio asistencial. Deberá realizarse cuando se produzca un ingreso hospitalario, así como al final de cada episodio atendido en régimen ambulatorio, siempre y cuando el paciente no disponga de un informe previo en el servicio por el mismo proceso. En el supuesto del fallecimiento del paciente, el Informe Clínico de Alta será remitido a los familiares o allegados más próximos. Es obligación del médico redactar el informe de alta. Este informe debe contener los siguientes datos:

o Identificación del paciente.

o Nombre del servicio.

o Fecha de admisión, fecha de alta y el motivo.

o Resumen de la Hª C y de la exploración.

o Se reseña la evolución y los tratamientos administrados.

o Constan todos los diagnósticos finales.

o Se indica el pronóstico.

o Está claramente expresado el tratamiento a seguir por el enfermo.

o Se especifica el plan de revisiones a seguir.

o Se debe hacer una copia para el usuario y otra que se adjunta a la Hª C que pasará al archivo.

Por último, especificar que todos los documentos anteriormente mencionados deberán contener la fecha de solicitud, la de realización y la firma del profesional que los ha realizado.

A este contenido mínimo que expone la Ley 41/2002, se puede añadir otros documentos que completen la Hª C, que antes deben ser aprobados por cada Comisión de Hª C y Dirección de los hospitales:

- **Hoja de Alta Voluntaria:** Es el documento en el que el paciente, o el responsable legal del mismo, deja constancia de su decisión, en contra de la opinión de los médicos que le atienden, de abandonar el hospital donde permanece ingresado, asumiendo las consecuencias que de tal decisión pudieran derivarse.
- **Hoja de Informe de Necropsia:** Es el documento en el que se recoge la información derivada del examen post-mortem que se realiza a los fallecidos. Deberá contener apartados diferenciados para hallazgos macro y microscópicos, correlación anatomoclínica, impresión diagnóstica final y causa probable del fallecimiento.
- **Hoja de Infección Hospitalaria:** Es el documento destinado al registro de la infección hospitalaria. Deberá contener, como mínimo:

o Tipo de infección.

o Diagnóstico de ingreso.

o Muestras bacteriológicas extraídas.

o Tipo de aislamiento realizado, si procede.

o Antibioterapia administrada, en su caso.

o Procedimiento y/o técnica exploratoria realizada, en su caso.

o Fecha y firma del médico que la realiza.

- **Radiografías u otros documentos iconográficos:** En los casos en que tales documentos se entreguen al paciente o al facultativo o servicio sanitario de procedencia, se dejará constancia de este hecho en la Historia Clínica.

- **Documentos de Radiodiagnóstico:** Recoger los datos clínicos de mayor interés y la región a explorar. La correcta cumplimentación del documento, identificación del paciente y región a explorar, corresponde al médico firmante de la solicitud.
- **Hoja de Autorización de Exploraciones especiales:** Se debe cumplimentar este documento en cada caso que el representante vaya a ser sometido a una intervención, exploración o técnica que suponga cierto riesgo.
- **Hoja de Exploraciones Especiales:** En todos aquellos casos en que por parte de la Comisión de documentación Clínica se autoricen documentos destinados a exploraciones especiales, se seguirán para su cumplimentación las mismas normas que en las hojas de interconsultas.
- **Hoja de Valoración de Servicios Sociales:** Es el documento oficial para seguimiento y control de la intervención del asistente social. El médico solicitante justificará la petición de intervención del equipo de trabajo social. La solicitud deberá ser respondida, por la unidad de trabajo social, en el mismo documento de petición y conservarse en la historia clínica.
- **Hoja de Traslado Intrahospitalario:** En todo traslado intrahospitalario, junto a la Hª C, el Servicio de procedencia enviará el Informe de Alta, cuando el proceso por el que asistieron al paciente se considere cerrado. Para cada episodio se establece la siguiente secuencia de Documentos:

- o El informe clínico de alta
- o Hoja de Alta Voluntaria
- o La documentación relativa a la hoja clínico-estadística
- o El informe de urgencia
- o La autorización de ingreso
- o La anamnesis y la exploración física
- o Las Órdenes médicas
- o La evolución
- o La hoja de traslado intrahospitalario
- o El informe de quirófano o de registro del parto
- o El informe de anestesia
- o El consentimiento informado
- o La hoja de interconsulta
- o Los informes de exploraciones complementarias
- o Documentos de Radiodiagnóstico
- o El informe de anatomía patológica

- o Hoja de Autorización de Exploraciones especiales
- o Hoja de Exploraciones Especiales
- o Hoja de Informe de Necropsia
- o Hoja de Valoración de Servicios Sociales
- o Hoja de Infección Hospitalaria
- o La evolución y planificación de cuidados de enfermería
- o La aplicación terapéutica de enfermería.
- o El gráfico de constantes.
- o Radiografías u otros documentos iconográficos

Toda modificación de esta secuencia, se realizará atendiendo a las necesidades específicas de un Servicio, que serán expuestas a la Comisión de Hª C para su aprobación.

1.3. Historia clínica en atención primaria

Â

1.3. HISTORIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

En cuanto al contenido de la Historia Clínica en Atención Primaria (AP) la principal dificultad de este tipo de documentos es su adaptación a la práctica de la atención primaria ya que muchos modelos son una simple copia de la documentación hospitalaria con necesidades distintas a la atención primaria, y por otra parte existe poca experiencia en modelos surgidos desde la propia atención primaria para que pueda haberse encontrado el ideal de Hª C.

Â

Características de la Hª C en atención primaria

Existen múltiples utilidades en la Hª C de atención primaria como son: la recogida de información para uso epidemiológico, el control de calidad de la atención o el registro de los datos administrativos útiles para la planificación sanitaria. Principalmente es hacer posible mejorar la calidad de la práctica asistencial en atención primaria, cuyos principales aspectos son:

- La Hª C debe hacer posible la continuidad de la atención. Este documento es en realidad el soporte imprescindible para la realización de la continuidad. Podemos entender la continuidad a nivel del paciente dentro de un mismo episodio de enfermedad, cuando la Hª C supone el recuerdo escrito de los anteriores contactos necesarios para la valoración actual. Una vez superado el episodio debe quedar en la Hª C la información necesaria para poder evaluar la situación del paciente en nuevas consultas al equipo de atención primaria (EAP). Esto es importante para el seguimiento de aquellos pacientes con enfermedades crónicas. Esta Hª C debe contener la información de todos los contactos del individuo con el sistema sanitario y no sólo la del propio nivel primario.
- La Hª C debe hacer posible la globalidad de la atención. La globalidad (enfoque biopsicosocial de los problemas de salud) es otro de los criterios de localización de la atención primaria y se hace posible estimulando el registro de los datos de todos los elementos de los problemas de salud y de la

situación de vida de los pacientes, como el nivel cultural y socioeconómico, la Hª laboral, el entorno familiar y social,...

- La Hª C debe hacer posible la integración de actividades preventivas. La integración de la prevención es en la atención primaria muy importante para la asistencia. A la hora de la recogida de información para la valoración global de los problemas del paciente se debe tener en cuenta el registro de los riesgos para la salud, que debe quedar suficientemente destacado en la documentación para hacer posible su identificación y su adecuado seguimiento.
- La Hª C debe estar orientada a las tomas de decisiones sobre los problemas de salud de los pacientes. El proceso de toma de decisiones en la atención primaria es distinto a la de los demás niveles asistenciales. Esta aproximación global supone el tomar en consideración todas las dimensiones no médicas de la enfermedad, no supone que sea competencia de los equipos de atención primaria buscar soluciones para todos los problemas sino tenerlos en cuenta en todos los casos y movilizar los recursos adecuados para su solución.
- La Hª C debe ser un instrumento de los equipos de atención primaria. Consideramos una Hª C como un instrumento de atención primaria y se considera como un documento único para todo el equipo de atención primaria, lo cual significa que ha de poder servir de registro de las informaciones de todos los profesionales del equipo multidisciplinario y que no consideramos adecuada asistencia de documentación específica de enfermería o de asistencia social. Esto obliga a un diseño de Hª C que permita estos registros y la circulación de las mismas entre los distintos profesionales del equipo, con la necesaria confidencialidad de la información manejada, que resulta más difícil cuanto más profesionales tienen acceso a la Hª C.

Â

Documentos de la atención primaria

Los documentos que contienen la Hª C de Atención Primaria son los siguientes:

- **Carpetas:** en ellas se recopilan los datos de identificación, como son: nombre, apellidos, domicilio, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, teléfono, sexo, estado civil, centro de trabajo, número de Hª C y la Seguridad Social, código asignado y centro de salud.
- **Hoja de datos generales:** se cumplimentan en la primera demanda de asistencia y debe ser actualizado periódicamente, en ella consta los antecedentes personales y familiares, condiciones de la vivienda, situación laboral, nivel de estudio, datos sociales y psicológicos, etc.
- **Lista de problemas:** en ella queda reflejados todos los problemas que traen a la consulta al paciente, puede ser un síntoma (dolor), un diagnóstico (diabetes mellitus), un dato de laboratorio (hipercolesterolemia). Los problemas se registran en dos apartados: activos, son aquellos que afectan actualmente al paciente, o inactivos, son problemas ya resueltos.
- **Hoja de consultas o de evolución:** donde se anotan el seguimiento para cada problema, sistematizado en cuatro categorías:

o Datos subjetivos, que expresa el propio paciente.

o Datos objetivos, realizados por los profesionales sanitarios, ya sea en la exploración física o en otras exploraciones complementarias.

o Impresi3n diagn3stica, en el que se valora el problema actual.

o Plan de acci3n, puede incluir un plan terap3utico, educaci3n sanitaria, petici3n de exploraciones complementarias, petici3n de interconsulta, etc.

- **Carpeta de salud para inmigrantes:** la Consejer3a de Salud ha editado un soporte para facilitar la continuidad de la asistencia sanitaria a las personal inmigrantes en nuestro pa3s. Se trata de una carpeta que alberga una H3a C, un folleto con direcciones de inter3os y otro con informaci3n sobre vacunas. Estos documentos est3n traducidos a cinco idiomas, espa3ol, franc3s, ingl3s, 3rabe y ruso. Esta carpeta est3 distribuida inicialmente por las ONG y sindicatos firmantes del convenio en materia de salud p3blica para el colectivo de inmigrantes, que coordina la fundaci3n, progreso y salud (Andaluc3a Acoge, M3dico del Mundo, Cruz Roja, CCOO y UGT).

El objetivo fundamental que se percibe es asegurar una atenci3n de calidad a la poblaci3n inmigrante facilitando la continuidad asistencial. As3 se proporciona a usuarios y profesionales un soporte para el registro y seguimiento del proceso de atenci3n sanitaria individual, independientemente del lugar donde se produzca sin necesidad de comenzar en cada visita desde el principio.

- **Ficha piloto o ficha por edades y sexo:** Este es otro documento que consideramos imprescindible en toda pr3ctica de atenci3n primaria, como soporte de la actividad orientada hacia la comunidad. Adem3s se trata de un registro eficiente, dado su bajo coste material y su gran utilidad. Este documento consiste en registrar a toda la poblaci3n a cargo del equipo de atenci3n primaria. Se abre una ficha de cada persona asignando al equipo en la fecha en que lo es y se va retirando las fichas de las personas que causan baja. Las utilidades de estos registros son m3ltiples pero los principales son los siguientes:

o Informaci3n demogr3fica. Sirve para elaborar las pir3mides de poblaci3n.

o Informaci3n de cobertura est3 relacionada con la poblaci3n cubierta y sirve para detectar los grupos desatendidos.

o Informaci3n de morbilidad.

- **Tarjeta familiar:** Es una carpeta tama3o A4 de color verde con una solapa donde pueden cuadrarse hojas de observaci3n de inter3os del grupo familiar. Sus funciones son:

o Identifica a los miembros de la familia y los localiza.

o Informa de las condiciones sanitarias de su vivienda.

o Posibilita registrar informaci3n acerca de las caracter3sticas de convivencia entre los miembros.

o Permite anotar y analizar situaciones susceptibles de provocar crisis o aceptar al grupo familiar.

Otros documentos que complementaria la H3a C de atenci3n primaria son:

- **Hoja de vaciado de anal3tica:** Resume toda la informaci3n procedente de los an3lisis que se ha ido realizando al paciente.
- **Hoja de monitorizaci3n:** Sirve para el seguimiento de enfermedades cr3nicas y su formato es variable y debe responder a las necesidades de cada servicio. Puede monitorizarse todos los par3metros que requieran un seguimiento en el tiempo.
- **Hoja de pediatria:** Incluye datos de la fecha de nacimiento, desarrollo ponderal (peso, tama3o...) y psicomotor, as3 como, el calendario de vacunaciones.
- **Hoja de control de medicaci3n.**

- **Hoja de informe de interconsulta:** Sirve para la comunicaci3n con especialistas o para remitir al paciente al servicio de urgencia.
- **Documento** para facilitar **exploraciones complementarias**.
- **Tarjeta de citaci3n:** Es en el que se anota las visitas programadas al paciente. Se suele reservar un espacio para recordarle el tratamiento.

Â

UNIDAD 7: FLUJO DE INFORMACI3N ENTRE DISTINTAS

Â

UNIDAD 7: FLUJO DE INFORMACI3N ENTRE DISTINTAS UNIDADES Y SERVICIOS EN LOS CENTROS SANITARIOS

1. Servicio de archivo y documentaci3n clÃ-nica

1.1. Estructura organizativa

1.2. Carteras de servicios

2. Tratamiento de la historia clÃ-nica

2.1. Recepci3n de historias clÃ-nicas

2.2. Verificaci3n de la historia clÃ-nica

2.3. Ordenaci3n de la historia clÃ-nica

2.4. Codificaci3n de la historia clÃ-nica

2.5. Digitalizaci3n y microfilmaci3n de la historia clÃ-nica

3. Circuitos documentales

1. El servicio de archivo y documentaci3n clÃ-nica

Â

1. EL SERVICIO DE ARCHIVO Y DOCUMENTACI3N CLÃ NICA

El Servicio de Archivo es la unidad encargada de la custodia y gesti3n de las Historias ClÃ-nicas, asÃ-como de organizar y prestar las Historias ClÃ-nicas para la prÃctica asistencial, la docencia, la investigaci3n, apoyo a la planificaci3n de la gesti3n clÃ-nica y el proceso asistencial clÃ-nico.

1.1. Estructura organizativa

Â

1.1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

El Real Decreto 521/1987, de 15 de Abril, que aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organizaci3n y Funcionamiento de los Hospitales, en los ArtÃ-culos 9.1 y 11.1 recoge que los Hospitales gestionados por el INSALUD tendrÃn, entre otras, las siguientes Ãreas de actividad:

- Admisión, recepción e información, adscrita a la Gerencia.
- Documentación y archivo Clínico, adscrito a la División Médica.

Los artículos 9.2 y 11.1 aclaran que la adscripción "se entiende sin perjuicio de la adaptación a las condiciones específicas de cada hospital y a las necesidades del Área de salud del número, composición y denominación de los diferentes servicios y unidades de la Gerencia/División Médica".

El aumento de la demanda de asistencia especializada y la necesidad de disponer de un sistema de información homogéneo, fiable y suficiente, hacen necesaria la coordinación entre estas dos Áreas de actividad.

Todo ello obliga a tener una estructura eficaz y eficiente que justifica la existencia de un Único Servicio de Admisión y Documentación Clínica, con unas funciones definidas y con dos Áreas de responsabilidad diferenciadas, en los hospitales cuyas características así lo aconsejen: Área de Admisión y Área de Documentación Clínica.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) es un servicio médico, jerarquizado de Área, de carácter central y adscrito en línea a la dirección gerencia del hospital; al frente del mismo está un médico.

Los responsables del Área de Admisión y del Área de Documentación Clínica, son igualmente médicos, y dependen del Jefe del Servicio.

En la Ley básica 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se refleja en su capítulo V todo lo referente a la historia clínica, donde dice entre otras cosas:

Artículo 14. Definición y archivo de la historia clínica:

- Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizados su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.
- Las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.

Artículo 16. Usos de la historia clínica.

- El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.
- El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

Artículo 17. La conservación de la historia clínica.

- La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas.

1.2. Carteras de servicio

Â

1.2. CARTERAS DE SERVICIO

Objetivos

Los objetivos del Servicio de Admisión y Documentación Clínica son:

- Coordinar e integrar los movimientos y contactos asistenciales de todos los pacientes en el hospital y en su Área de atención especializada.
- Custodiar, gestionar y organizar la HªC para asegurar el cumplimiento de sus fines asistenciales, docentes, legales, etc.
- Diseñar y garantizar el sistema de información clínico-asistencial para la gestión, planificación, e investigación.

Â

Funciones del SADC

El SADC coordina e integra los movimientos y contactos asistenciales de todos los pacientes en el hospital y en su Área de atención especializada. Por lo que debe incluir un número amplio de funciones con una oferta de servicios continuada (24 horas al día y todos los días del año). Asimismo su organigrama debe reflejar una estructura que sea capaz de dar soporte a esta multiplicidad de funciones y tareas:

- Sección de admisión.
- Sección de documentación clínica.
- Sección de sistema de información clínico-asistencial.
- Sección de atención al paciente y asistencia social.

Â

2. Tratamiento de la historia clínica

Â

2. TRATAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA

En el servicio de Documentación Sanitaria las Historias Clínicas se van a someter a una serie de operaciones una vez que el paciente haya sido dado de alta. Con estas operaciones se pretende conseguir que las Historias Clínicas estén ordenadas de manera que permita un estudio cómodo y productivo y que se puedan recuperar de manera sencilla, eficaz y rápida.

2.1. Recepción de historias clínicas

Â

2.1. RECEPCIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Al servicio de archivo llegan las historias clínicas que provienen de urgencias, hospitalización y consultas externas. En ellas se se le da un registro de entrada y se incluye:

- Fecha de entrada
- Número de Historia Clínica
- Nombre y apellidos del paciente
- Servicio del que procede

Â

2.2. Verificación de la historia clínica

Â

2.2. VERIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Las HHCC se colocan previamente clasificadas por servicios, damos registros de entradas y se procede a la verificación, que consiste en comprobar que todos los documentos que componen la Hª C vengan completamente ordenados de la sala y que su identificación sea correcta.

2.3. Ordenación de la historia clínica

Â

2.3. ORDENACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Se refiere al orden que debe llevar cada documento que compone cada Hª C, los cuales hemos visto en la unidad 06 de este trimestre. Cada hospital lleva un sistema de ordenación.

Â

2.4. Codificación de la historia clínica

Â

2.4. CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Codificar no es más que transformar los datos contenidos en el documento en valores numéricos o en letras que faciliten la clasificación y uso posterior de la misma. Con el objetivo de agilizar y facilitar las clasificaciones y organizaciones de las Hª C en un hospital.

Se suele codificar a través del informe de alta y la hoja estadístico-clínica, y ésta consta de dos partes: la codificación administrativa, en la que se trabaja con datos veramente administrativos, como son edad, sexo, profesión, número de días de hospitalización, fecha de alta, y, una segunda parte, que son contenidos clínicos, exploraciones especiales, diagnósticos, tratamientos, intervenciones quirúrgicas.

Para la codificación de los datos clínicos se suele utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) publicadas y elaboradas por la OMS que es adaptado por la mayoría de países. La persona encargada de codificar tiene que tener suficientes conocimientos de terminología médica, y uno de los problemas que nos encontramos a la hora de codificar o recupera la información es el lenguaje médico, ya que para denominar una sola cosa existen multitud de palabras que expresan lo mismo. Se podrá decir que el lenguaje para la recuperación de la información deberá reunir las siguientes condiciones: cada concepto deberá expresarse por un término único, lo cual nos hablará de la existencia de una terminología estándar, de tal forma que algunos autores dicen que el valor de la Hª C para su uso en

investigación depende en gran medida del empleo de una nomenclatura estandarizada. Posteriormente se pasa al almacenamiento de la Historia.

2.5. Digitalización y microfilmación de la historia clínica

2.5. DIGITALIZACIÓN Y MICROFILMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

La microfilmación se utiliza en algunos centros sanitarios para dar solución a la falta de espacio, es decir, el proceso de valoración, selección y destrucción de documentos. Sin embargo, si esta técnica se utiliza para elaborar copias de seguridad de los originales de papel, la destrucción de los documentos no se realiza.

3. Circuitos documentales

3. CIRCUITOS DOCUMENTALES

CIRCUITO DE HISTORIA CLÍNICA

El servicio de admisión y documentación clínica actúa como un sistema centralizado de información por ello deberá desarrollar aquellas tareas y funciones que permitan mantener la cadena informativa.

Se asegura así la existencia de un correcto sistema de almacenamiento, custodia, préstamo y recepción de la documentación, así como el tratamiento y recuperación de la información clínica generada en el hospital.

Solo saldrá de las dependencias del servicio de documentación con destino a consultas externas, unidades de hospitalización, servicios de urgencias, por reingreso del paciente o para sesiones clínicas de los distintos servicios.

Las solicitudes de documentación para estudios, investigaciones, comisiones, etc. sólo serán atendidas en las instalaciones del servicio de documentación, disponiendo de una sala acondicionada para tal efecto.

Queda prohibida la retirada de dicho material para ser revisada en el servicio de solicitud o cualquier otra área del hospital.

En ningún caso se aceptarán peticiones de HH por terceros no autorizados, ni directamente por pacientes o familiares de los mismos, si no cuentan con la autorización previa de la Dirección Médica, aunque estos sean trabajadores del centro. Tampoco se atenderán solicitudes con formularios distintos a los oficiales o por otro cauce distinto.

Para realizar el préstamo de la documentación solicitada el servicio de documentación debe conocer los siguientes requisitos:

- ¿Quién solicita la documentación?, si la solicitud responde a necesidades de consultas externas, hospitalización u otros de los usos de la Hª C.
- ¿Para qué? los distintos usos de la documentación clínica dentro del marco hospitalario, docencia, investigación, evaluación de la calidad, planificación y gestión, así como instrumento de investigación judicial.
- ¿En qué lugar? dónde se necesita la documentación solicitada puesto que el archivo debe conocer donde están ubicados y, por lo tanto, localizadas los expedientes clínicos mientras se

hallan en concepto de préstamo.

- ¿Cuánta? es necesario saber la cantidad de documentación que se entrega para que el manejo por parte del usuario se pueda establecer política de archivo relacionadas con sistema de almacenamiento, sistemas electrónicos de archivos y gestión de la documentación.

De esta forma interesa saber si al llevarse a cabo el préstamo, se entrega Hª C y radiografía a la vez o solo pruebas radiológicas.

- ¿Para cuándo? la fecha en la que se entrega la documentación es importante para establecer pautas de organización del trabajo de búsqueda y preparación de los expedientes clínicos y procedimientos de la reclamación de la misma una vez que se tenga constancia de que las circunstancias para los que se pidió esta documentación ha finalizado.

En ningún caso el Servicio de Documentación Clínica atenderá solicitudes en las que en el formulario de la petición no consten claramente legibles los datos de identificación del paciente y/o el número de historia, servicio o unidad peticionaria y el nombre del facultativo responsable de la petición así como el motivo de la misma.

La organización de procedimientos para la preparación y préstamo de la documentación solicitada choca la mayoría de las veces con la organización del centro que es más tendente a realizar actividades urgentes que a programarlas. Por ello se han de potenciar la implantación del sistema de organización que implique mayor disciplina y reconversión de hábito por parte del servicio de documentación. Esta reconversión de hábito se podrá concretizar en dos puntos:

- Que sea el personal de este servicio el que, en base a su conocimiento previo y formación, ejecute el préstamo y acuda a recoger a las distintas unidades la documentación prestada.
- La prioridad en la entrega de la documentación, estableciendo un orden en base a criterios asistenciales, siendo el área de enfermos ingresados y en urgencias la que constituirá el principal objetivo, seguido de la solicitada en las consultas externas y exploraciones especiales, y en tercer lugar la requerida para estudios científicos y académicos.

Esta reconversión de hábito tiene las siguientes ventajas:

- Permite programar las recogidas en las distintas plantas de hospitalización consiguiendo que el archivo tenga distribuidas las cargas de trabajo de forma equilibrada en lo que se refiere a la recepción y archivado.
- Personaliza la relación entre el personal del archivo y el personal de hospitalización encargado tanto del mantenimiento de la documentación (mientras el paciente está ingresado) como de la preparación y organización de la misma cuando éste se da de alta.
- Garantiza la entrega de documentación requerida en las consultas externas en cada momento.
- En el momento de la recepción se puede comprobar si la documentación está en regla para ser ingresada en el archivo. Así mismo podrá devolverse sobre la marcha el conjunto de expedientes clínicos que ha no cumplan con los requisitos establecidos.
- Introduce hábitos de organización y responsabilización individual frente a la constatación de que no existe ningún compromiso individual por razón de los cambios de turnos y diferentes ubicaciones del personal que en la mayoría de los hospitales realiza el transporte de la

documentación.

- Favorece el establecimiento de fecha correcta de recepción de la documentación con la que se evita la reincorporación de muchas HH CC en el archivo central.
- Evita la llegada al archivo de personal que continuamente interrumpa labores programadas, plantea diálogos innecesarios o entorpece el trabajo.

Â

Inconvenientes de la reconversión:

- Necesidad de tener personal para llevar a cabo los desplazamientos en el hospital.
- Dificultad de asimilación por parte del propio personal de archivo, puesto que tradicionalmente están acostumbrados a estructuras funcionales más pasivas, es decir, esperar a que traigan la documentación y no a ir a buscarla.

Â

MOVIMIENTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Los procedimientos para la realización del préstamo de historias clínicas son:

Obtener los listados de programación a través de la aplicación informática, gestión de archivos y atender a las solicitudes que llegan vía telefónica, por fax, a través de solicitudes escritas, por orden de prioridad a partir de criterios exclusivamente asistenciales:

- Urgencias
- Consultas externas
- Hospitalización
- Otras.

Comprobar informáticamente, si existe historia anterior o si es la primera vez que el paciente acude al centro.

Localizar en el depósito la Hª C solicitada.

Extraer las HHCC solicitadas, abrir e identificar otras nuevas.

Registrar informáticamente el movimiento de salida, motivo y tipo de petición, unidad y persona que demanda las HHCC, a partir de su solicitud debidamente formalizada y previamente autorizada.

Distribuir los documentos en función de la/s unidad/es o persona/s solicitante/s, transportarlos, facilitarlos a los investigadores, codificadores en la/s salas de consulta.

Recoger los documentos prestados en el tiempo establecido.

Registrar informáticamente el movimiento de entrada de las HHCC devueltas.

Archivar las HHCC devueltas.

Controlar la HHCC prestadas conociendo en todo momento quién es el responsable del expediente que se encuentra fuera del archivo.

Reclamar las historias no devueltas.

Â

CIRCUITO DOCUMENTAL DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

La solicitud la puede realizar el propio paciente o terceros autorizados por normativa (Instituciones con motivos asistenciales e instituciones públicas con motivos no asistenciales).

Puede solicitar toda la Historia Clínica o algún documento de la misma desde el SAU, mediante escrito debidamente cumplimentado.

El procedimiento es el siguiente:

- Localización de la Historia Clínica
- Extracción de la HC del almacén
- Registro del préstamo y de la nueva ubicación
- Transporte a la Secretaría del Jefe del SADC, que asumirá la responsabilidad de velar por el derecho de los usuarios a la información concerniente a su propia salud, y a la confidencialidad de la información clínica según la legislación procedente.
- El préstamo se realizará con la mayor premura, dependiendo de las cargas de trabajo del archivo en 48 horas como máximo.

Â

CIRCUITO DOCUMENTAL DE HOSPITALIZACIÓN

Ingresos programados: La solicitud de la documentación del paciente será realizada en el momento de la formalización del ingreso. Dicha petición se tramitará a través de la unidad de admisión del centro (Admisión General). Formalizada la petición se comprueba:

- Existe historia clínica: Si el paciente cuenta con historia clínica generada en anteriores asistencias, se procederá a: recuperar la documentación solicitada, añadir al expediente la solicitud de ingreso, registrar el préstamo y la nueva ubicación de la documentación y remitir la historia clínica a la unidad de hospitalización en donde vaya a estar ubicado el paciente. En el caso de los ingresos programados, el reparto de historias puede organizarse escalonadamente, ya que por término medio y considerando que la mayor parte de los ingresos programados se llevan a cabo durante la tarde, este reparto puede establecerse dos o tres veces.
- No existe historia clínica: Si no figura historia clínica anterior al ingreso estamos ante un paciente que acude por primera vez al hospital. Se trata de pacientes que han sido previamente revisados en un centro de especialidades dependiente del hospital, en donde incluso se le han hecho allí las pruebas complementarias que avalaran la necesidad de ingreso. En todos estos casos procederemos a la apertura del expediente según sea, y una vez abierto el expediente el circuito a seguir es igual que en el caso anterior.

El procedimiento es el siguiente:

- Obtención de listados.
- Comprobar si existe HC previa

Si es así: Localización y extracción del almacén

Si no existiera: Etiquetado y ensobrado de HC

- Registro del préstamo y de la nueva ubicación de la HC
- Transporte y distribución de las HHCC en préstamo

Ingresos urgentes: Cuando el usuario ingresa desde urgencias, la solicitud al archivo de la documentación clínica generada en anteriores asistencias, se realizará a través de admisión de urgencias. Una vez formalizado el ingreso del paciente, se le comunicará al archivo la unidad hospitalaria de destino para posterior control de la documentación prestada. En este caso y si la historia hubiera sido remitida desde el archivo a la unidad de urgencias, será trasladada junto al paciente a la planta de hospitalización que se le asigne.

La entrega de las historias clínicas solicitadas como urgentes será de inmediato y a continuación de la petición. Para ello el archivo central tendrá personal destinado a la recepción, atención e inmediata resolución de este tipo de peticiones.

Sea cual sea el tipo de ingreso, la solicitud de la documentación clínica al archivo viene favorecida por la informática. Es decir, la hoja clínico-estadística una vez introducida en la aplicación saldrá por la impresora en el archivo central de historias clínicas. En este caso, el reparto deberá correr a cargo del archivo, disponiendo para ello de personal adecuado.

El procedimiento es el siguiente:

- Comprobar la existencia de historia previa del paciente.
- Localizar y extraer la HC del almacén.
- Si no existiese HC se asignará número a dar por Admisión de Urgencias. El proceso de etiquetado y ensobrado lo realiza el personal del archivo.
- Registrar el préstamo y la nueva ubicación de la historia clínica.
- Entregar inmediatamente la HC solicitada.

Â

CIRCUITO DE CONSULTAS EXTERNAS

La organización para la correcta distribución de las historias clínicas correspondientes a usuarios que van a ser atendidos en consultas externas varía en dependencia del volumen y el tipo de consulta, no obstante existen varios puntos de coincidencia y a ellos nos vamos a referir:

- Los expedientes clínicos deben ser entregados con suficiente antelación para que estén en la consulta cuando acuda el usuario.

- Deberá establecerse un estricto control de circuitos de tránsito de documentación de forma que los resultados de los estudios complementarios planteados sean incluidos en la historia del paciente. El circuito habitual consiste en que dicha documentación es remitida por la unidad central que realiza la prueba (radiología, anatomía...) a la consulta solicitante, así cuando el paciente acuda de nuevo a consulta para que le comuniquen los resultados, dichos documentos estarán integrados por la propia consulta en la historia del paciente.
- Al igual que en el caso de hospitalización, todo expediente que salga del archivo central de historias clínicas deberá ser controlado, debiendo saber su personal en todo momento quién es el responsable del expediente que por cualquier motivo se encuentre fuera del área. Los procedimientos específicos que deben llevarse a cabo son los siguientes:

Si la **Unidad de Citaciones** tiene centralizada toda la consulta externa:

Citación de primer día: La unidad de citaciones deberá remitir al archivo central de historias, con una antelación de 48 horas como mínimo, la relación de los expedientes clínicos necesarios en las distintas consultas para la correcta atención de los usuarios que han sido citados.

Una vez recibida, el archivo comprobará si los citados tienen historia en el hospital, en caso afirmativo, se preparará la documentación disponiéndola en concepto de préstamo de la forma comentada antes.

Si el paciente no tiene historia en el hospital, se recomienda que sigamos un criterio de funcionalidad, es decir, no se generará la historia hasta que no acuda al hospital. En este caso, se recomienda que el paciente acuda a la unidad de citaciones en primera instancia, poco tiempo antes de que vaya a ser llamado a la consulta. Allí, recogerá y/o ratificará todos los datos administrativos necesarios para la apertura de expediente. El documento administrativo con los datos del paciente será remitido al archivo central de historias y se procederá a la apertura de la carpeta de historia clínica. Ya finalizada la consulta, los documentos generados se remiten al archivo central para ser integrados en la nueva historia clínica.

Citación para consulta de revisión:

Consultas externas programadas. En este caso ya existe historia clínica. Así es conveniente preparar los expedientes clínicos con el tiempo suficiente para que estén en la consulta cuando se necesiten, aunque su permanencia fuera del archivo debe ser el menor. Se debe realizar la petición mínimo 48 horas antes de que acuda el paciente a consulta.

El procedimiento es el siguiente:

- Obtención de listados de HC repartidos por consultas.
- Comprobar si existe HC previa

o Si es así: Localización y extracción del almacén

o Si no existiera: Etiquetado y ensobrado de HC

- Registro del préstamo y de la nueva ubicación de la HC
- Transporte y distribución de las HHCC en préstamo

Petición de historias clínicas para **consultas externas urgentes no programadas**. Pacientes que acuden a consulta sin cita previa por errores en la citación, errores en el préstamo de la documentación o por

imprevistos

El procedimiento es el siguiente:

- Personal del archivo recepcionando las llamadas telefónicas
- Comprobar si existe HC previa

o Si es así: Localización y extracción del almacén

o Si no existiera: Etiquetado y ensobrado de HC

- Registro del préstamo y de la nueva ubicación de la HC
- Entrega de las HHCC solicitadas

Preparación de documentación clínica para **consultas que no están centralizadas en la unidad de citaciones**: Cuando después de la consulta de primer día, el paciente es citado de nuevo por la propia consulta el sistema de petición de documentación se hará del mismo modo que ha sido citado antes, pero en lugar de llevarse a cabo desde la unidad central de citaciones, será cada consulta quien comunique al archivo central la lista de pacientes que tiene asignada para consulta.

Â

CIRCUITO DOCUMENTAL DE ESTUDIO

El archivo central de historias clínicas deberá disponer de un local debidamente acondicionado para que los distintos profesionales sanitarios de los diversos servicios del hospital puedan llevar a cabo revisiones de casos de su interés, evaluaciones de calidad a través de las distintas comisiones clínicas del hospital, sobre todo de cumplimentación o revisión de determinados protocolos en funcionamiento, o cualquier investigación para la que necesiten del seguimiento retrospectivo de un conjunto de historias clínicas.

En general se estipula que las historias solicitadas para estudio o investigación se pedirán todas de una sola vez, con tres días de antelación y un préstamo de dos días, garantizando el archivo la presencia de un máximo de historias clínicas diarias para que pueda realizarse el estudio programado.

En aquellos casos en los que la historia es necesaria para la presentación de un caso en sesión clínica, que suele documentarse con iconografía y resultados de pruebas complementarias, es habitual que el profesional que vaya a desarrollar la exposición, retire el mismo día la documentación del archivo, reintegrándola en el momento que finalice dicha sesión.

El procedimiento es el siguiente:

- Localización de las HHCC
- Extracción de las HHCC del almacén
- Registro del préstamo y de la nueva ubicación

Transporte a la Secretaría del servicio solicitante con el listado de las HHCC prestadas y la fecha de devolución prevista

UNIDAD 8: CUSTODIA, CONSERVACIÓN, PROPIEDAD Y PERDURABILIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

Â

UNIDAD 8: CUSTODIA, CONSERVACIÓN, PROPIEDAD Y PERDURABILIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

1. Historia Clínica

1.1. Conservación y perdurabilidad de la Historia Clínica

2. Algunas cuestiones legales y consideraciones sobre la propiedad de la Historia Clínica

2.1. La propiedad de la Historia Clínica

2.2. Teorías sobre la propiedad de la Historia Clínica

3. Historias clínicas extraviadas

1. Historia clínica

Â

1. HISTORIA CLÍNICA

Los documentos de la Historia Clínica proporcionan una base importante para analizar los cambios ocurridos a lo largo del tiempo en la práctica clínica. Por tanto, las oportunidades que los registros de los pacientes ofrecen a los historiadores de la medicina son desde esta óptica fundamental.

1.1. Conservación y perdurabilidad de la historia clínica

Â

1.1. CONSERVACIÓN Y PERDURABILIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

La finalidad principal que tiene conservar la información clínica, es facilitar la asistencia sanitaria del titular de los datos. Por este motivo debe entenderse una obligación del centro de salud o área sanitaria donde se creó esta información.

El archivo es el responsable por Ley 41/2002 de la correcta custodia y conservación de la documentación clínica generada en el Centro y almacena en sus instalaciones, siendo el garante de su tutela, por lo que debe evitar su pérdida o destrucción, vigilando las condiciones de conservación y controlando los movimientos de forma lo más exhaustiva posible.

La conservación de los documentos está sujeta a lo dispuesto en la Ley 41/2002:

- Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como máximo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial."
- La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas."

- Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes."
- La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario."
- Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen."
- Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal."

A medida que los documentos generados en la Institución pierden utilidad y dejan de ser necesario para realizar su actividad diaria, se puede decidir su traslado a otros archivos, proceder a su destrucción o traspararlos a otro soporte distinto del papel (microfilmación, digitalización, escaneado...) Estas medidas son necesarias ya que con el transcurso del tiempo el volumen de los expedientes crece, por la apertura de nuevas historias y el engrosamiento de las ya existentes.

La etapa por la que, sucesivamente y en función de su utilidad, atraviesa los documentos desde que se produce, hasta que se decide su eliminación o conservación definitiva se denomina ciclo vital de los documentos.

Según José Ramón Ruth-Mundetz, la información documental tiene una vida similar a la de un organismo biológico, el cual nace (fase de creación), vive (fase de mantenimiento y uso) y muere (fase de expurgo).

En una institución y dentro del ciclo vital de los documentos vamos a distinguir tres periodos:

- Periodo de utilidad corriente, en el cual se incluyen documentos de uso frecuente para la gestión de la institución.
- Periodo de utilidad intermedia, en el cual se incluyen los documentos que han perdido la utilidad para la que fueron creados.
- Periodo de utilidad definitiva, en el cual se incluyen la documentación que debe conservarse permanentemente por su valor histórico, documental e informativo.

En función de estos periodos se dice que un documento puede tener un valor primario o secundario:

- Valor primario, aquel que va unido a la finalidad inmediata para la cual el documento ha sido producido.
- Valor secundario, es el que obedece a otras motivaciones que no son la propia finalidad del documento, tales como el valor histórico o informativo (hoja estadístico-clínico).

En funci3n de la utilidad y frecuencia de uso, se considera que las HC atendidas en un centro sanitario pueden estar activas o inactivas:

- **HC activas:** el paciente est3 actualmente visitando o ingresado y por tanto genera informaci3n que queda registrada en los documentos que integran su expediente cl3nico. Algunos hospitales consideran activas aquellas HC que han sido solicitadas para investigaci3n o estudio aunque el paciente haya causado 3xitus o visite el hospital.
- **HC inactivas:** aquellas pertenecientes a pacientes que no han tenido actividad asistencial durante un periodo de tiempo y, por tanto, no han generado informaci3n. Tambi3n se consideran pasivas a los pacientes que han tenido 3xitus y no son solicitadas para estudios.

A efecto del archivo, la situaci3n de actividad o inactividad de un expediente, depende, por tanto, del movimiento que ha tenido la HC en cuanto si ha sido solicitada como pr3stamo durante un intervalo de a3os determinado. As3 - pues, el tiempo de permanencia en situaci3n de actividad de una HC puede ir desde tres a cinco a3os, y a falta de legislaci3n, cada centro lo define en funci3n de una serie de criterios propios que se establecen a partir de los factores siguientes:

- Grado de movimiento de los expedientes.
- Caracter3sticas de la poblaci3n que atiende el centro sanitario: edad media, patolog3a...
- Tipo de hospital: quir3rgico, general, socio-sanitario...
- Infraestructura del centro (espacio destinado al almac3n de HC, personal, presupuesto...).

Existen otras definiciones de HC pasivas, como la que propuso la Consejer3a de Sanidad de Andaluc3a, en una ponencia de documentaci3n celebrada en 1990:

- Se define como HC pasiva aquella historia que no ha surgido ning3n cambio por asistencia cl3nica por un per3odo m3ximo de siete a3os. Los tiempos de permanencia de HC obst3trica, psiqui3trica y pedi3tricas deber3n quedar a criterio de la comisi3n cl3nica de cada hospital".
- La HC activa es aquella que ha surgido alg3n movimiento por causa asistencial en los 3ltimos siete a3os".

La OMS dice: "la historia cl3nica tiene una vida media activa de 5 a 10 a3os, por lo que se puede establecer que transcurrida esto sin que la documentaci3n haya sido utilizada para ning3n fin, esta HC puede pasar a inactivo".

En funci3n de la actividad o inactividad de los expedientes cl3nicos del archivo, 3ste se diferencia en:

- **Archivo activo:** re3ne las HC activas.
- **Archivo pasivo:** ser3a dentro del ciclo vital de los documentos aquel que re3na las HC inactivas.
- **Archivo hist3rico:** aquel donde se transfiere la informaci3n que debe conservarse permanentemente por no haber sido objeto de eliminaci3n por parte de la autoridad competente.
- **Archivo 3xitus:** recoge las HC de los pacientes que han causado 3xitus, independientemente si son o no solicitadas para investigaci3n o estudio. Este tipo de archivo no lo recogen todos los

hospitales.

El expurgo consiste en la eliminación total o parcial, de forma controlada, de su fondo documental. El expurgo está ligado a los conceptos de ciclo vital del documento y a las fases del archivo ya que la reglamentación de expurgo fija, para cada serie documental, el tiempo de conservación en su lugar de origen y su transferencia a un archivo pasivo, donde son destruidos o transferidos a los archivos históricos para su conservación definitiva.

Con el expurgo se intenta reducir el enorme volumen de documentos producto del incremento exponencial de las actividades humanas, de tal forma que se conserve solamente la máxima cantidad posible de documentación en función del interés actual o futuro que presente. Un documento, en el momento en que pierde sus valores, puede considerarse sin utilidad y, por lo tanto, es susceptible de ser eliminado, ya que su interés no justifica los costes y problemas que su conservación implicaría. El expurgo consiste en evaluar la cantidad y la calidad informativa de los documentos para decidir su destrucción o su conservación permanente.

La eliminación de la documentación pública está sujeta a determinados requisitos legales orientados a garantizar la conservación del patrimonio histórico de una nación. La destrucción de documentos supone su pérdida irreparable; para evitar responsabilidades personales y paliar errores, los estados regulan legalmente el expurgo mediante la legislación del sector (leyes de archivos, leyes de patrimonio histórico, etc.) y mediante reglamentos o guías de obligatorio cumplimiento en los distintos niveles de las administraciones públicas.

La Ley 13/85 de Patrimonio Histórico Español (LPHE) regula los plazos de transferencia y conservación de la documentación en los archivos administrativos y la establece en 5 años para los archivos activos y en 50 años para los archivos pasivos; a partir de 50 años se transfieren al archivo histórico que los guarda permanentemente.

La misma ley indica que en el caso de que el archivo de una institución no pueda proteger debidamente la documentación histórica que legalmente le corresponde custodiar, puede realizar, mediante acta de entrega, el traspaso de documentación a un archivo general, como por ejemplo los Archivos Históricos Provinciales, constituidos por fondos procedentes de instituciones de ámbito autonómico, nacional o supranacional, tanto vigentes como extinguidas. Cuando se realiza un traspaso de estas características, la institución receptora asume la responsabilidad sobre los documentos.

No existen legislación o criterio común a nivel nacional sobre que documentos de la HC deben conservarse permanentemente y cuales pueden eliminarse. Se puede tomar como referencia el Decreto 45/1998 de la Comunidad Autónoma del País Vasco en el que enumeran los documentos, se definen y se describe su contenido máximo obligatorio, y se indica cuáles deben conservarse y durante cuánto tiempo, y cuáles pueden ser eliminados definitivamente, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Â

Conservación y expurgo de documentos clásicos

Tipo documental

Conservación

Eliminación

Historia Clásica

- Hojas de consentimiento informado
- Hojas de anamnesis y exploración física
- Hojas de evolución (cuando no exista informe de alta)
- Hojas de informes quirúrgicos y registros de parto
- Hojas de anestesia
- Hojas de informes de necropsia
- Hojas de alta voluntaria
- Hojas de informes clínicos de alta

Â

Indefinida

No

- Hojas clínico-estadísticas
- Hojas de autorización de ingreso
- Hojas de Órdenes médicas
- Hojas de interconsulta
- Hojas de infección hospitalaria
- Hojas de evolución y planificación de cuidados de enfermería
- Hojas de aplicación terapéutica
- Hojas de gráficas de constantes
- Hojas de urgencias
- Radiografías y otros documentos iconográficos
- Otros documentos que por ley no deban conservarse indefinidamente

Â

5 años

Â

Sin

Registro de urgencias

Â

- Hojas de urgencias que han causado ingreso

Â

5 años

Â

SÃ-

Â

- Hojas de urgencias que no han causado ingreso

Â

2 años

Â

SÃ-

Â

Â

Esta misma ley establece la creaci3n de una comisi3n de valoraci3n, selecci3n y expurgo de documentaci3n clÃ-nica, entre cuyas funciones estÃn el desarrollo de instrucciones sobre los aspectos tÃcnicos relacionados con la conservaci3n, valoraci3n, selecci3n y expurgo de documentos clÃ-nicos, asÃ como el seguimiento y la comprobaci3n de que los procesos de expurgo de estos documentos se realizan conforme a lo establecido por la ley.

La Ley 21/2000 aprobada por el Parlamento catalÃn sobre los derechos de informaci3n relativos a la salud, la autonomÃa del paciente y la documentaci3n clÃ-nica, indica de forma general en su artÃculo 12, referente a la conservaci3n de la HC, los documentos integrantes de la HC y el nÃmero de aÃos que deben conservarse despuÃs de muerto el paciente:

- La historia clÃ-nica debe conservarse como mÃnimo hasta veinte aÃos despuÃs de la muerte del paciente. No obstante, se pueden seleccionar y destruir los documentos que no son relevantes para la asistencia, transcurridos diez aÃos desde la Ãltima atenci3n al paciente".
- En cualquier caso, en la historia clÃ-nica deben conservarse, junto con los datos de identificaci3n del paciente, durante veinte aÃos, como mÃnimo, a contar desde la muerte del paciente: las hojas de consentimiento informado, los informes de alta, los informes quirÃrgicos y el registro de parto, los datos relativos a la anestesia, los informes de exploraciones complementarias y los informes de necropsia".

- A pesar de lo establecido en los apartados 1 y 2 de este artículo, la documentación que a criterio del facultativo sea relevante a efectos preventivos, asistenciales o epidemiológicos, debe conservarse durante todo el tiempo que sea necesario".

Â

Procedimiento para abordar el expurgo de un archivo

Determinar el valor de los documentos, analizando y estableciendo sus valores, y fijando los plazos de transferencia, acceso y conservación o eliminación total o parcial.

Seleccionar los documentos que han de ser eliminados o conservados en virtud de los plazos establecidos en el proceso de valoración.

Redactar el manual de normas de actuación que reúna toda la información relativa a los aspectos orgánicos y funcionales de los documentos así como las instrucciones relativas a períodos de transferencia, acceso y eliminación y/o conservación permanente.

Establecer el cuadro de eliminación con la relación de documentos contenida en el correspondiente manual de normas, cuya propuesta de eliminación ha sido autorizada previamente por los órganos competentes.

Redactar el acta de eliminación donde se atestigua que los documentos se han eliminado en virtud del correspondiente cuadro de eliminación.

Eliminar los documentos, destruyéndolos físicamente, por cualquier método que garantice la imposibilidad de su reconstrucción.

Dentro del Sistema Nacional de Salud se han establecido dos decretos: el Real Decreto 1566/99 y 1841/97, que establecen los criterios de perdurabilidad de la HC en los episodios realizados en radioterapia y medicina nuclear estableciéndose que la custodia permanecerá durante un período de 30 años.

Hay historias que no se destruyen nunca y, por tanto, necesitan un sistema especial de custodia y almacenamiento, es el llamado fondo histórico documental. Normalmente están sujetas a un protocolo que se establece para su utilización y conservación. Estas historias forman parte de un fondo histórico documental o están integradas en el propio archivo, pero las historias que lo constituyen están perfectamente identificadas. Los criterios de inclusión de estas historias son las siguientes:

- Por su valor científico, se incluirán historias de enfermedades raras, tumores raros, enfermedades infecciosas raras, ensayos clínicos multicéntricos...
- Por su valor histórico-social-documental, se incluyen historias de pacientes ilustres, como artistas, científicos, políticos, históricos, o historias que tuvieran documentos que hicieran historia por el funcionamiento del centro. Dentro de éste se recomienda que se guarde una historia cada diez años que contengan todos los documentos u hojas que utilice la HC en ese período.

Mediante el establecimiento de un fondo histórico documental se pretende:

- Que el personal sanitario pueda conservar aquellas historias que considere con un valor científico adicional. Estas historias siempre serán accesibles a quien las necesite.
- Que el documentalista se vaya sensibilizando con el valor científico e histórico de la historia.

2. Algunas cuestiones legales y consideraciones

2. ALGUNAS CUESTIONES LEGALES Y CONSIDERACIONES SOBRE LA PROPIEDAD DE LAS HISTORIAS CLÁNICAS

La propiedad de la historia clínica ha sido ampliamente discutida. Según la Ley General de Sanidad, la historia clínica es propiedad de las Instituciones en las cuales se produce esa historia clínica y de la cual tiene el derecho y la obligación de custodia. Por otro lado, la historia clínica se genera desde el momento que el paciente o usuario contacta con el sistema sanitario. Y aquí es donde existen las dudas, es decir de quién es la propiedad.

2.1. La propiedad de la historia clínica

2.1. LA PROPIEDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

Desde un punto de vista legal, la ley 41/2002 de 15 de noviembre de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, no especifica a quién pertenece la historia clínica, por el contrario sí que indica cuáles son las instituciones asistenciales las encargadas de custodiar, vigilar, regular y facilitar el acceso a ellas. Además, se especifica que la Historia Clínica siempre será propiedad del enfermo. Sin embargo, podemos diferenciar entre dos tipos de propiedad de la historia clínica:

- La propiedad física o material, que corresponde a su autor, el médico.
- La propiedad intelectual o de contenido que afecta a la intimidad y a los datos del paciente, de los que sólo él es propietario.

Pero esta doble diferenciación no está contemplada en texto legal alguno y se entresacan, de ellos, las siguientes conclusiones, que suelen ser contradictorias:

- La historia Clínica nunca será propiedad, en su integridad, del equipo facultativo, ni del paciente, pese a ser, ambos, artífices materiales de ella.
- El paciente, tendrá un muy prevalente derecho a que se conserve su intimidad en todo lo referente a la Historia Clínica.
- Tampoco, se indica en la ley, que la historia clínica sea propiedad, íntegra, del paciente, pese a ser el primordial agente causal de la misma.

Podríamos decir que todos tienen cierta parte de propiedad en tanto en cuanto, por su labor, ha sido posible, pero ¿cuál de ellos puede erigirse como propietario? Tal vez el médico, como autor y coordinador del proceso; o tal vez el propio paciente o usuario, por ser la persona sobre la cual se lleva a cabo el proceso.

2.2. Teorías sobre la propiedad de la historia clínica

2.2. TEORÍAS SOBRE LA PROPIEDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

En la propiedad de la Historia Clínica confluyen derechos e intereses jurídicamente protegidos del médico, paciente y la institución sanitaria.

Las doctrinas acerca de la propiedad de la Historia Clínica han sido variadas y podemos resumirlas en las siguientes:

Teoría de la propiedad del paciente

En ella se parte de que la Historia Clínica se redacta en beneficio del paciente y del carácter fundamental y especialmente protegido de sus derechos en la relación médico-paciente.

En lo que se refiere a su identificación, salud, y a su intimidad, unos autores sostienen que la historia es propiedad del paciente aunque no se deja de reconocer, que este derecho no se puede concebir como un derecho de propiedad, sino más bien de utilización de los datos contenidos en la Historia Clínica.

El enfermo tiene derecho a la propiedad de la Historia Clínica en cuanto al derecho de la información de su propia enfermedad.

Teoría de la propiedad del médico

En la que se acepta que sea el médico el que tiene derecho sobre la propiedad de la Historia Clínica como un derecho de la propiedad intelectual. (Ley 22/1987 de 11 de noviembre de la propiedad intelectual en el artículo 1.10).

Se puede considerar que el médico es el autor de la Historia Clínica pues realiza una elaboración intelectual sobre los datos suministrados por el paciente. Al realizar la Historia Clínica el médico no sólo realiza un registro de lo que el paciente comunica o aporta, sino que añade información, interpretándola según sus propios conocimientos, siendo esto lo que le da valor a la propia Historia Clínica.

A este respecto, existen determinadas decisiones de tribunales norteamericanos en los que se niega al paciente el derecho a la entrega de la Historia Clínica.

Sin embargo, en contra de esta teoría, se puede observar que esta doctrina podría ser válida cuando se trata de la relación médico-paciente, entendida de modo tradicional, pero no puede serlo en la moderna medicina de equipos médicos, o cuando el tratamiento se produce en centros o instituciones sanitarias públicas o privadas donde existen una relación de dependencia laboral y funcional por parte del médico.

Teoría del centro sanitario

Tenemos que en los casos de relación laboral o funcional, el derecho laboral atribuye la titularidad de empresario, las denominadas invenciones del trabajador.

Teoría integradora o ecléctica

Aquí se dice que la Historia Clínica es el resultado de una propiedad compartida entre el médico y el paciente, y estos dos derechos tendrán que armonizarse.

El hospital ha de mantener las Historias Clínicas no sólo para facilitar posteriores asistencias, sino para su utilidad en investigación, su obligación de asistencias, sino por su utilidad en investigación, su obligación de custodiarlas y registrar la actividad realizada por el paciente. No obstante puede acceder a ella, en virtud de derecho de información.

3. Historias clínicas extraviadas

3. HISTORIAS CLÍNICAS EXTRAVIADAS

Podemos definir una Historia Clínica–nica extraviada como aquella que no se encuentra localizada durante un período de tiempo superior a tres meses. Además, existe otro término de relevancia, hablamos de la Historia Clínica–nica provisionalmente extraviada, que será aquella que no se encuentra localizada durante un período superior a un mes.

Cuando una Historia Clínica–nica se considere provisionalmente extraviada, se iniciará un expediente de extravío de la misma a cargo del Servicio de Documentación Clínica, en el que se intentará determinar las causas que motivaron su pérdida. Dicho expediente como máximo deberá reunir los siguientes requisitos:

- Realización de búsqueda especial de la HC en las dependencias de los archivos.
- Notificación y búsqueda en la última unidad que utilizó la HC.
- Búsqueda de la Historia Clínica–nica en todos los Servicios en los que se conozca que haya recibido asistencia el paciente.

Una vez cumplimentado el expediente se comunicará el extravío provisional de la HC a la Dirección Médica del Centro, Jefes de Servicio responsables en la actualidad de la asistencia al paciente y al responsable jerárquico del operario causante de la pérdida.

Rebasado el período de tres meses sin localizar la Historia Clínica–nica, ésta se considerará definitivamente extraviada y se realizarán las siguientes actuaciones:

- En el Archivo de Historias Clínicas se confeccionará una nueva carpeta de Historia Clínica–nica, en la que se señalará que es una Historia Clínica–nica extraviada, con su correspondiente fecha de pérdida.
- El programa que cada centro utilice para RECONSTRUCCION HC, el cual elabora un informe que contiene toda la información clínica conservada en las bases de datos. Es decir, dicho informe muestra una relación de todos los episodios asistenciales del paciente, seguido de los informes de alta, informes médicos, informes de pruebas complementarias, informes del servicio de radiodiagnóstico y los de anatomía–a patológica.
- Además se contactará con los servicios en que haya estado ingresado el paciente en caso de que puedan proporcionar otros informes.
- Se contactará también con el Servicio de Radiodiagnóstico al objeto de obtener copias de sus exploraciones, y con cualquier otro Servicio que pueda tener información de exploraciones cuyos informes y resultados no se encuentren en las bases de datos del sistema.