

ARTÍCULO 10: LA HISTORIA CLÍNICA:



Artículo sustraído de diferentes libros de Medicina Legal

ASPECTOS GENERALES DE LA HISTORIA CLÍNICA

Concepto:

Sería el relato escrito de la enfermedad del paciente y, por extensión, el documento en el que el relato se refleja y se guarda o conserva. La información va a obtenerse por diversas vías: propio paciente, exploración física y pruebas complementarias, y se acompañará de los juicios de valor que el propio médico extrae o elabora para fundamentar el diagnóstico, prescribir el tratamiento y dejar constancia de la enfermedad. El Código de Ética y Deontología Médica impone a todos los médicos el deber de redactar y conservar la historia clínica en interés del paciente y se preocupa de la garantía del secreto médico y de sus formas de transmisión.

Finalidad de la Historia Clínica:

La Historia Clínica tiene como único objetivo recoger los datos del estado de salud del paciente y con él relacionados (familiares, sociales, laborales, hábitos y costumbres...) con el objeto de facilitar la asistencia integral del paciente. Es el requerimiento de una prestación de servicios por parte del

paciente el único motivo que conduce al médico a iniciar la elaboración de una Historia Clínica y a continuarla a lo largo del tiempo.

Otros aspectos finalistas de la Historia Clínica son:

- a) Función docente e investigadora: La Historia Clínica es la fuente más importante de renovación científica al recoger información que puede ser utilizada con fines docentes e investigadores.
- b) Función jurídico-legal: Es un testimonio documental válido ante peticiones de informes judiciales, policiales, laborales o cualquier otro de carácter legal (instrumento de dictamen pericial) dado su carácter de acta de cuidados asistenciales y la obligación legal de efectuarla. Su valor jurídico es elevado como elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional al permitir verificar si el facultativo cumplió con sus deberes asistenciales, al tiempo que testimonia su conducta profesional.
- c) Función de garantía de la calidad: Las actividades de evaluación de la calidad de la Historia Clínica servirán para mejorar la asistencia cuando ésta sea un fiel reflejo de la atención prestada y su análisis permita decidir las acciones correctoras necesarias.
- d) Función epidemiológica: El análisis epidemiológico del adecuado registro de datos en la Historia Clínica permitirá avanzar en el conocimiento.
- e) Función administrativa y de gestión: La Historia Clínica es una herramienta indispensable en la planificación y gestión de las instituciones sanitarias.

Características de la Historia Clínica:

- a) Única: Consecuentemente la Historia Clínica será única para todo paciente que solicite asistencia y sea atendido en el Centro Sanitario, bien en régimen de hospitalización o bien en consultas externas.

- b) Segura: La seguridad afecta tanto a la correcta identificación del paciente, del facultativo y del personal sanitario que interviene en el proceso asistencial; como a que los responsables del archivo adopten las medidas de índole técnica y organizativa necesarias para garantizar la seguridad de los datos y evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta de los riesgos a los están expuestos ya provengan de la acción humana o medio físico o natural.

- c) Inteligible: La Historia Clínica debe estar escrita con letra legible, con frases concisas y comprensibles y sin abreviaturas, y si se hace uso de ellas han de ser internacionalmente aceptadas. Una historia mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, pudiendo provocar retrasos en la asistencia por la pérdida de tiempo en descifrarla o una mala praxis médica al no acceder a parte del contenido o realizarse una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la misma.

- d) Confidencial: La Historia Clínica es un soporte documental biográfico de la asistencia sanitaria prestada a un paciente, lo que otorga una obligada privacidad. Esta intimidad se relaciona y complementa con los aspectos derivados de la confidencialidad y del secreto médico.

Requisitos de la Historia Clínica:

- a) Completa: Debe de reflejar todos los actos médicos realizados con el paciente, conteniendo los datos suficientes y sintéticos sobre la patología. La Historia Clínica debe contener la información asistencial generada durante la atención al paciente en todas y cada una de sus visitas a un determinado centro asistencial o área sanitaria.
- Su consulta íntegra, de tal manera que por medio de una búsqueda única puedan recuperarse todos los datos de la Historia Clínica de un mismo paciente, y ello con independencia de su origen en el tiempo o de la unidad en donde se recogieron.
 - Su consulta coherente y ordenada, para lo cual todas las anotaciones que en ella se realizan deberán contener la fecha, la identificación de la persona que la realiza y la unidad del centro sanitario a la que pertenece.
 - Su consulta selectiva y diferenciada por episodios asistenciales que constituyen bloques homogéneos de información que contienen la totalidad de los datos que se han generado en una fracción determinada de tiempo, como consecuencia de un determinado modo de asistencia sanitaria y bajo una modalidad asistencial concreta: hospitalización, consulta ambulatoria, urgencias, hospital de día u otras que pudieran establecerse.
- b) Ordenada y actualizada: Debe mostrar la evolución en el tiempo de todos los acontecimientos y actos médicos que se realizan con el paciente, debidamente fechados, con identificación de las personas y del lugar donde se realizan. La Historia Clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente.
- c) Respetuosa: No debe contener afirmaciones hirientes para el propio enfermo, para otros colegas, o para la institución o sus directores. Los datos en ella contenidos deben ser realizados con criterios objetivos y científicos.

- d) Veraz: La Historia Clínica debe garantizar la autenticidad de su contenido y de los cambios operados en ella. El paciente tiene derecho a que quede constancia de todos aquellos datos obtenidos en sus procesos asistenciales que, bajo criterio médico, permitirán en conocimiento veraz y actualizado de su estado de salud.

- e) Identificada la autoría: El personal que interviene en la asistencia al paciente debe constar adecuadamente identificado en la Historia Clínica, en especial el facultativo responsable de la atención quien reflejará su nombre y apellidos de forma legible, su rúbrica y su número de colegiado. El documento final del grupo de expertos en información y documentación sanitaria fija la competencia de la creación y actualización de la Historia Clínica en el médico que realiza la asistencia sanitaria a la persona, siendo el único agente que está autorizado para indicar en la Historia Clínica la recogida y actualización de los datos relativos a la salud que en ella se contienen.

Identificación y Organización de los Documentos de la Historia Clínica:

Las Historias Clínicas se identifican por un número de orden que se asigna en el momento del primer contacto del paciente con el Centro, momento en que se abre un historial en el cual se archivará toda la documentación generada en los sucesivos episodios asistenciales independientemente de donde se produzcan.

Acceso a la Historia Clínica:

La Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica señala que la Historia Clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente, estableciendo el derecho, y sus correspondientes limitaciones, en el acceso a la Historia Clínica tanto en el caso de los profesionales como de los propios pacientes:

- a) Acceso de los profesionales: Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen accesos a la Historia Clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia. Cada centro establecerá los métodos que posibilitem en todo momento el acceso a la Historia Clínica de cada paciente, por los profesionales que le asisten.
- b) Acceso de l paciente: El documento final del Grupo de Expertos en Información y Documentación sanitaria indicaba que el paciente tendrá acceso, de manera ordenada y según la norma existente al efecto en el Centro o Área Sanitaria, a los resultados de las exploraciones e informes médicos que le permitan conocer de manera adecuada, veraz y exacta lo que se le ha realizado durante el episodio asistencial, así como los datos que sobre su estado de salud están recogidos en la Historia Clínica y siempre con la necesaria limitación para salvaguardar el carácter confidencial de los datos personales de terceras personas que deberán expresar su conformidad con tal acceso.

La Historia Clínica en los Códigos Éticos y Deontológicos:

La deontología, considerada como una disciplina entre lo ético y lo jurídico, va a englobar el conjunto de normas mínimas, desde la perspectiva ética, que eun determinado grupo profesional establece a fin de guiar a sus integrantes en el cumplimiento de sus funciones. Las normas que constituyen el código deontológico profesional son normas de menor grado no regidas por sanción estatal aunque sí impliquen disposiciones disciplinarias, de tal forma que su incumplimiento lleva implícito la sanción prevista por los reglamentos o estatutos de las organizaciones con representación profesional legalmente reconocida.

Las normas deontológicas recogen, pues, las orientaciones que deben guiar a los profesionales para el cumplimiento de sus funciones, estableciendo límites en función de los cauces por los que se mueve la sociedad y la profesión. El establecimiento de un código deontológico en una profesión hace referencia a la manera de hacer del conjunto de esos profesionales, fijando las pautas de comportamiento profesional, desde un enfoque ético.

DOCUMENTOS BÁSICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

BLOQUE DE HISTORIA BÁSICA

Informe de Alta:

Definido en la normativa vigente mediante la Orden Ministerial de 6 de Septiembre de 1984, el informe de alta es el documento oficial y obligatorio que resume la actuación responsable del médico con el paciente y permite el acceso de éste a los datos de su historia y a los juicios diagnósticos que el profesional ha elaborado sobre sus problemas de salud.

El informe de alta se realizará a todos aquellos enfermos ingresados que cursen, al menos, una estancia en el Hospital. Se elaborará mediante la aplicación informática o sistema de que disponga al respecto el Centro, emitiéndose un original para la Historia Clínica y copias para el paciente y para el médico de Atención Primaria y/o especialista de Área siempre que el paciente no exprese su negación a la emisión de copia para estos.

Los apartados de que consta el informe de alta son los siguientes:

- Fecha y motivo del ingreso: resumen del cuadro clínico que provocó el ingreso.
- Antecedentes e Historia Clínica: antecedentes familiares y personales de interés en relación con el ingreso, así como la evolución previa de la enfermedad que actualmente es atendida.
- Enfermedad actual.
- Exploración física: referida al momento del ingreso.
- Estudios complementarios: resultados más relevantes de cualquier estudio analítico o de exploración complementaria realizada, diferenciando durante el ingreso y al momento del alta. Si se mencionaran otros estudios efectuados al enfermo en fecha distinta al episodio actualmente atendido debe mencionarse la fecha o el hecho de su realización fuera del episodio.
- Procedimiento quirúrgico: Descripción de la técnica y hallazgos de todas las intervenciones practicadas durante el ingreso, especificando los modelos de implantes utilizados.

- Evolución clínica: Resumen de la evolución del paciente incluyendo los procedimientos terapéuticos no quirúrgicos empleados, resultados de consultas o asistencias realizadas por otros Servicios durante el ingreso.
- Juicio Diagnóstico: Colocando en primer lugar el proceso patológico que tras el estudio pertinente se considera el responsable del ingreso del paciente en el hospital o aquel en el que se centraron los mayores esfuerzos diagnósticos o terapéuticos. Se reflejarán, así mismo, otros diagnósticos si existieran, considerando como tales a los procesos patológicos que no son el principal y que coexisten con el mismo en el momento del ingreso o que se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria.
- Plan de cuidados y medidas terapéuticas, incluyendo las instrucciones necesarias para el paciente y familia, el tratamiento farmacológico, la dieta, los hábitos de vida y los seguimientos posteriores que se precisen.
- Fecha y motivo del alta.
- Identificación del Hospital y del Servicio responsable: Dirección y teléfono; nombre, apellidos, n° de colegiado y rúbrica del médico responsable.
- Identificación del paciente: nombre, apellidos, fecha de nacimiento y sexo; número de historia clínica; lugar de residencia habitual con código postal; financiación; y circunstancias al ingreso.

Informe provisional de alta:

Excepcionalmente, en aquellos casos en los que no ha podido confeccionarse el Informe de Alta cuando ésta se produce al carecerse del resultado de alguna exploración o ante la falta de tiempo para redactar el informe de alta, puede facilitarse el llamado “informe provisional de alta” quedando pendiente la confección del definitivo que se enviará por correo.

Su contenido será:

- Identificación del paciente.
- Identificación del Servicio y médico responsable.
- Fecha de ingreso y de alta.

- Juicio diagnóstico.
- Resumen del tratamiento realizado.
- Recomendaciones terapéuticas a seguir.

Informe de autopsia:

Es el documento que recoge la información de interés derivada del examen Post-Morten. Deberá contener, mínimamente, información para la causa probable o cierta del fallecimiento, impresión diagnóstica final y correlación anatomoclínica. Su redacción corresponde al anatomopatólogo responsable de la necropsia.

El Servicio emitirá un informe provisional de autopsia mecanografiado en un plazo no superior al indicado en las normas del Reglamento de la Historia Clínica de la Instrucción (recomendable no superar las 72 horas desde el comienzo de realización del estudio) en el que anotará:

- Hallazgos físicos externos de interés.
- Hallazgos macroscópicos de interés.
- Causa probable de muerte.
- Impresión diagnóstica inicial.

Este informe se complementará con el informe definitivo de autopsia y que incluirá, además de lo indicado en el apartado anterior:

- Hallazgos microscópicos.
- Diagnóstico anatomopatológico definitivo.

Informe de urgencias:

Confeccionado de forma manuscrita o mediante la aplicación que posea el Centro, se elabora durante el acto de la asistencia urgente. En él se recogen los datos puntuales de anamnesis, exploración, resultados de las pruebas diagnósticas que se realizan, medidas terapéuticas aplicadas y cuantas otras intervenciones hayan tenido lugar. En el caso de que el paciente no quede hospitalizado se le entregará el original del informe en el momento del alta, quedando copia en la Historia Clínica.

Su contenido será:

- Identificación del paciente.
- Constantes clínicas.
- Motivo de consulta.
- Anamnesis con los datos relevantes para el motivo de consulta.
- Exploración física con los datos relevantes para el motivo de consulta.
- Estudios de interés practicados e ínter consultas efectuadas.
- Juicio diagnóstico.
- Recomendaciones terapéuticas.
- Destino del paciente.
- Identificación y firma del médico.

Historia de la enfermedad actual:

Es el documento destinado a recoger la información referente al motivo de consulta y/o ingreso, antecedentes personales y familiares, anamnesis por aparatos y sistemas, relato de la enfermedad actual y otros aspectos clínicos de interés. En el relato de los problemas o síntomas se debe reseñar su cronología, circunstancias, características cualitativas y cuantitativas, factores desencadenantes o acompañantes, y la situación social del enfermo que pudiera tener conexión con el problema.

Su contenido será:

- Identificación del paciente.
- Identificación del Servicio.
- Nombre del médico que realiza la anamnesis.
- Fecha de la realización.
- Motivo de consulta.
- Antecedentes familiares.

- Antecedentes personales: Patológicos y minusvalías; gineco-obstétricos; hábitos de riesgo y alergias.
- Enfermedad actual.
- Anamnesis por aparatos.

Exploración física general:

Este documento recoge los hallazgos y observaciones encontrados durante el examen practicado al paciente, ordenado por aparatos y sistemas. Lo cumplimenta el médico encargado de la asistencia, en un periodo que no debe superar las 24 horas siguientes al ingreso.

Su contenido es el siguiente:

1. Aspectos Generales:

- Identificación del paciente.
- Identificación del Servicio.
- Nombre del médico que realiza la exploración.
- Fecha de la realización.

2. Sistemática:

- Constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria.
- Inspección general.
- Piel y faneras.
- Cuello.
- Mamas.
- Tórax.
- Respiratorio.
- Corazón y vasos.
- Cabeza.

- Genito-urinario.
- Columna.
- Extremidades.
- S.N.C. y periférico.
- Sistema linfático.
- Abdomen.
- Recto y ano.

Lista de problemas:

Es un documento de máxima utilidad para la evolución inmediata de la situación clínica del paciente, al permitir orientar de manera inmediata al médico que va a atender al paciente, sobre todo al médico de guardia.

El médico encargado de la asistencia iniciará su cumplimentación tras la anamnesis y exploración física y quedará finalizado al alta del episodio.

Contenido:

- Identificación del paciente.
- Identificación del Servicio.
- Se anotarán aquellos diagnósticos previos del paciente de posible interés, constituyan o no problema asistencial en el momento de la consulta.
- Se anotarán, por orden cronológico de aparición, aquellos nuevos diagnósticos o hallazgos de exploración, así como los síntomas de nueva aparición que, a juicio del médico responsable, tengan interés suficiente para la evolución diaria del paciente. Se consignará la fecha de comienzo o reconocimiento del problema y la fecha en que éste quede resuelto.
- Se anotarán aquellas maniobras exploratorias o terapéuticas principales realizadas para cada uno de los problemas citados.

GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Comisión de Historias Clínicas:

La Comisión de Historias Clínicas es una de las comisiones clínicas básicas y esenciales para el aseguramiento de la calidad hospitalaria. Constituye un órgano colegiado de asesoramiento, consulta e información de los Organos de Dirección del hospital, su principal misión es la de preservar la calidad de la Documentación Clínica del Centro a través de unas actuaciones esenciales.

Los miembros de la Comisión son nombrados de acuerdo con las normas reguladoras específicas de cada Institución, la pertenencia a la misma es siempre voluntaria y su número dependerá de sus necesidades específicas. La comisión se dotará, y periódicamente actualizará, de un reglamento escrito que regule su funcionamiento.

Servicios de Admisión y Documentación Clínica:

Se trata de un servicio médico, de carácter central, que integra y promociona las unidades de admisión y de archivo de historias clínicas de los hospitales dirigiendo sus cometidos a la gestión y organización de los procesos asistenciales que se producen en la institución.

Sus objetivos pueden cifrarse en:

- 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 historia clínica para asegurar el cumplimiento de sus fines asistenciales, docentes y legales.
- Diseñar y garantizar el sistema de información clínico-asistencial para la gestión, planificación e investigación.

Archivo de Historias Clínicas:

El servicio de Admisión y Documentación Clínica, a través del Archivo de Historias Clínicas, es responsable de la conservación y custodia de las historias clínicas que se elaboran en el hospital. Autoriza y ejecuta los movimientos y préstamos de la documentación clínica y mantiene actualizada su localización, asegurando la disponibilidad y velando por su confidencialidad.

Los objetivos del Archivo son, siguiendo la “Guía de gestión de los servicios de admisión y documentación clínica”. INSALUD. Madrid. 2000.

- Garantizar el mantenimiento de una historia clínica única por paciente.
- Custodiar y conservar las historias clínicas, garantizando la confidencialidad de la documentación.
- Garantizar la disponibilidad de la documentación clínica necesaria tanto para la práctica asistencial como para la docencia, investigación, control de calidad, planificación y gestión hospitalaria.
- Conocer la ubicación exacta de todas las historias clínicas del hospital, hayan sido entregadas o no en el Archivo de Historias Clínicas.
- Asegurar la transferencia al Archivo de la documentación clínica tras el alta hospitalaria del paciente o tras su utilización en la actividad ambulatoria.
- Fomentar la dotación de la infraestructura necesaria que permita garantizar la adecuada conservación de la documentación clínica del hospital a través del tiempo.
- Planificar el paso de las historias clínicas a una situación de pasivo de acuerdo a la normativa del centro y en función del tiempo de inactividad, características e infraestructura del Archivo, grado de movimiento de la documentación para estudios o docencia, tipo de patología atendida, etc.
- Arbitrar los procedimientos precisos para impedir el crecimiento no controlado de las necesidades de espacio.
- Asegurar que todas las funciones y cometidos, que competan al Archivo de Historias Clínicas, queden garantizadas mediante el establecimiento de una normativa de régimen interno del hospital.
- Elaborar de forma continuada indicadores de producción y de funcionamiento para el adecuado control de la actividad del área.

Reglamento de la Historia Clínica:

Cada Hospital, a través del consenso entre sus médicos, debe elaborar un documento, también denominado “Manual de Uso de la Documentación Médica” ó “Manual de Uso de la Historia Clínica” que considere los diversos aspectos prácticos de la gestión de la documentación clínica. Este documento constituirá, a partir de su aprobación por la Dirección Médica, la guía de referencia y de obligado cumplimiento para todos los profesionales del centro en relación al uso y manejo de la historia clínica, siendo precisa su revisión periódica como sistema que permita la vigencia de sus contenidos.

Los temas a contemplar son los siguientes:

-Aspectos generales sobre la documentación clínica: sistema de identificación adoptado, mecanismos que aseguren la confidencialidad y pautas establecida para la conservación de la historia clínica.,

-Inventario de los documentos clínicos que constituyen la Historia Clínica, con el tipo de información que recoge cada uno, momento y personal encargado de su cumplimentación, y los circuitos informativos en los que están implicados.

-Organización de los documentos de la historia clínica, decidiendo los bloques informativos, el orden de cada documento dentro de él, y los niveles de responsabilidad para su cumplimentación.

-Determinar los criterios definatorios de la validez para la conservación de los documentos que componen la historia clínica.

-La organización del Archivo de Historias Clínicas con las normas de solicitud de documentación clínica, las instrucciones referentes a custodias especiales y la actuación en relación a los extravíos de historias clínicas.

-Cometidos y reglamento escrito de de la Comisión de Historias Clínicas.

Conservación y custodia de la Historia Clínica:

La necesidad de conservar y custodiar la historia clínica a fin de poder proporcionar y facilitar la asistencia sanitaria al preservarse la información que contiene es uno de los puntos básicos del sistema de gestión de la información clínica, si bien los problemas derivados del gran volumen de la documentación que diariamente se genera en los centros sanitarios obliga a considerar la necesidad de establecer límites al deber de conservación.

Es responsabilidad de la Dirección del Centro sanitario donde se realiza la historia clínica, la custodia de la misma y por tanto de la información contenida en ella. Si la asistencia se realizase por médicos no adscritos laboralmente a un centro, la responsabilidad de la custodia y conservación recae directamente en el facultativo que realiza la asistencia. La finalidad principal de la conservación de la información clínica es facilitar la asistencia sanitaria de la persona titular de los datos. Es importante reseñar que la conservación debe orientarse a preservar la información clínica y no necesariamente el soporte original en que se generó.

Artículo realizado por:

David Rodrigo Curiel

Director/Gerente de AGENCIA DRC

Licenciado en Criminología.

Detective Privado.

Perito Judicial (Experto en Análisis y Detección de Drogas).

Director de Seguridad.