

TEMA 23

DOCUMENTACIÓN SANITARIA: CLÍNICA Y NO CLÍNICA. SISTEMAS DE INFORMACIÓN UTILIZADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA: GENERALIDADES.

- 1. Documentación Sanitaria: Clínica y no Clínica**
 - 1.1. Contenido de los servicios de información y documentación.**
 - 2. Sistemas de Información utilizados en atención primaria y especializada: Generalidades**
 - 2.1. Sistemas de información utilizados en Atención Primaria: Historia Clínica.**
 - 2.2. Sistemas de información utilizados en Atención Especializada: Historia Clínica.**
 - 2.2.1. Documentos integrantes de la Historia Clínica.**

1. Documentación Sanitaria: Clínica y no Clínica.

Los servicios de información y documentación clínica constituyen aspectos adicionales a la propia asistencia sanitaria, pero son facilitados por el sistema sanitario.

1.1 Contenido de los servicios de información y documentación.

Información sobre derechos y deberes de los usuarios y, en especial, para el consentimiento informado.

Información y tramitación de procedimientos administrativos necesarios para garantizar la continuidad del proceso asistencial.

Expedición de documentos clínicos para valoración de la incapacidad.

Informe de alta o de consulta externa.

Certificación de nacimiento, defunción u otras para el Registro Civil.

Comunicación de la historia clínica o datos contenidos en ella.

Expedición de certificados sobre el estado de salud derivados de las prestaciones sanitarias cubiertas o exigibles reglamentariamente.

2. Sistemas de Información utilizados en Atención Primaria y Especializada: Generalidades.

2.1. Sistemas de información utilizados en Atención Primaria: Historia Clínica.

La historia clínica, es un registro de datos recopilados con la finalidad de atender sanitariamente a un paciente, tanto en el presente como en el futuro, como en el campo estrictamente asistencial, preventivo y rehabilitador (Gol Gurina J. 1984), de forma familiar o individual. La historia familiar contiene tantas historias individuales, como componentes tenga la familia. La historia individual, registra toda la información personal necesaria para conseguir el objetivo de la atención primaria de ayudar a que los individuos cumplan sus obligaciones personales y comunitarias.

Utilidad de la historia clínica:

La utilidad de la historia clínica es diversa:

Asistencial.

Información sanitaria.

Evaluación.

Investigación.

Docencia.

Médico-legal.

Premisas del trabajo con la historia clínica:

Las premisas del trabajo con la historia clínica son:

Registro de datos que se integren en el formato organizado.

Los datos se refieren a un paciente en concreto, pueden obtenerse directa o indirectamente.

Registro de datos exactos, completos, pertinentes.

Características variables de los datos según el área y el aspecto considerado

Dependencia de los sistemas de información de la calidad de los registros.

Funciones de la historia clínica en atención primaria:

La HC es esencial para el desarrollo de las siguientes funciones:

La atención a los individuos.

La evaluación y promoción de la calidad de la atención prestada.

Las actividades orientadas a toda la comunidad.

La docencia.

La investigación.

Características del modelo de HC en atención primaria:

La HC debe tener un diseño propio para hacer posible la realización de las funciones que hemos descrito. Weed propone una HC basada en cuatro componentes:

Los datos de base.

La lista de problemas.

El plan inicial.

Las notas de evolución.

Elementos de la documentación normativa.

Los diferentes elementos de la documentación normativa son:

Sobre- carpeta:

- Identificación del enfermo.
- Datos críticos.
- Pestaña de señalización.

Hoja de datos generales:

- Datos personales y familiares.
- Datos sociales y psicológicos.
- Biografía sanitaria.

Hoja de consultas:

- Recogida de la información de cada visita.
- Estructurada según MEAP.

Lista de condicionantes y problemas:

- Problemas activos.
- Problemas inactivos.

Sobre carpeta.

Finalidades:

Protección externa duradera, económica y sencilla.

Soporte para clasificación y señalización.

Soporte para información estable y de consulta frecuente.

Datos a diferenciar:

Datos de identificación: hacen referencia al usuario, al centro asistencial y al médico responsable. Son utilizados por servicios administrativos:

Nombre y apellidos del usuario.

Números de identificación (DNI, INSS o asegurado, NIP).

Lugar de nacimiento.

Sexo.

Estado civil.

Dirección.

Empresa donde trabaja.

Número y código del centro de asistencia primaria.

Número y código de colegiado del médico responsable.

Datos médicos: son fundamentales los críticos como dosis del toxoide tetánico u otros que puedan tener un interés vital al utilizarse en situaciones de emergencia.

En el dorso de la carpeta se pueden anotar datos burocráticos como fechas de altas y bajas.

Hoja de datos generales:

La hoja de datos generales recoge los datos físicos, psíquicos y sociales del paciente en relación con su entorno y un resumen de su biografía sanitaria. Tiene que tener un encabezamiento de identificación para evitar que se pierda.

A continuación hay diferentes bloques de preguntas sobre:

Datos familiares.

Vivienda.

Datos personales.

Aficiones y actividades.

Hábitos y conductas.

Datos sociales.

Datos psicológicos.

Actitudes y recursos delante de la enfermedad.

Biografía sanitaria.

Hoja de consultas.

Es donde se describe el curso clínico del usuario. La hoja tiene un encabezamiento de identificación para evitar que se pierda (Figura 2) y se divide en tres columnas:

Fecha.

Estructura-base:

- M: Motivo de la visita o consulta, interrogatorio y anamnesis.
- E: Exploración y datos complementarios.
- A: Evaluación global y juicio clínico.
- P: Plan de actuación: terapéutico, de exploraciones complementarias, de información, de educación sanitaria, etc.

Las anotaciones de las sucesivas etapas de la visita son previstas poniendo una línea, al lado de la fecha, el nombre del anotador excepto si es el médico de cabecera.

En la línea siguiente la M indicará el motivo de visita, y a continuación el resumen de la anamnesis. La E indicará la exploración, la A la evaluación y la P los planes.

Sucesos psicosociales:

Estos datos pueden salir tanto del interrogatorio, como de las manifestaciones espontáneas de los familiares, durante la asistencia. Pueden ser importantes los referidos al cónyuge, a los hijos, a la situación laboral propia y a la de sus familiares.

Las anotaciones ha de hacerlas el médico o uno de sus colaboradores, de manera precisa y breve, si es posible con una o dos palabras. Cuando el problema psicológico o social sea motivo de consulta o tenga que describirse más extensamente se hará constar en el MEAP.

Lista de condicionantes y problemas.

La finalidad de la lista de condicionantes y problemas es facilitar información de enfermedades, intervenciones quirúrgicas, problemas o hechos que hayan de ser recordados o que requieran seguimiento en cada visita.

La lista se va haciendo cronológicamente a medida que los condicionantes y problemas se presentan.

La hoja tiene un encabezado de identificación para evitar que se pierda, y un cuerpo dividido en:

Fecha.

Problema en activo o hecho que requiere seguimiento, en la que se anotan los condicionantes y problemas que persisten de épocas anteriores, o bien que empiezan en el momento de hacer la anotación y que necesitan medidas de seguimiento o de tratamiento.

Problema inactivo o hecho que requiere ser recordado: se anotan los hechos o enfermedades que hay que recordar, porque pueden tener influencia sobre la situación actual o potencial del paciente, o bien porque pueden condicionar la conducta del médico.

Si un problema inactivo pasa a ser activo se debe borrar de esta columna y se debe introducir en la lista de problemas activos.

La información de los pacientes debe abarcar tres áreas:

1. El perfil social, se refiere a datos acerca de la situación familiar, laboral, educacional y otros, que determinarán las expectativas del paciente.
2. El área preventiva, recoge información que posibilita establecer pautas precisas para eludir o disminuir los riesgos: exámenes previos de salud, vacunaciones, medidas antropométricas, constantes vitales, etc.
3. El área médica, permite establecer los planes oportunos para el seguimiento del paciente, detectando los problemas y siguiéndolos en el tiempo.

2.2 Sistemas de información utilizados en Atención Especializada: Historia Clínica.

La historia clínica se estructura en episodios asistenciales, entendiendo como tal el conjunto de soportes de información clínica generados, para un paciente, durante el período comprendido entre su admisión y su alta definitiva por un mismo diagnóstico principal.

2.2.1 Documentos integrantes de la historia clínica.

Carpeta de Historia clínica: cubierta con datos de identificación y de los episodios que se incluyen en la misma.

Identificación:

Apellidos y nombre.

Nº historia.

Nº Seguridad Social.

Fecha nacimiento o edad.

Servicio responsable de la asistencia.

Unidad responsable de la asistencia.

Nº de cama en caso de ingreso y fecha de ingreso.

Hoja estadístico-clínica:

Generada por el servicio de admisión.

Contiene datos administrativos del ingreso, episodios previos y alta.

Anamnesis y Exploración clínica:

Anamnesis.

Antecedentes personales y familiares.

Historia actual del problema por el que ingresa o precisa asistencia.

Exploración por órganos y aparatos, exploración específica y juicio clínico provisional.

Valoración de enfermería al ingreso del paciente:

Datos físicos, psicológicos y sociales del paciente, de interés para la planificación de los cuidados de enfermería, según modelo de necesidades básicas y necesidades alteradas en relación con el proceso, incluyendo los diagnósticos de enfermería.

Evolución clínica:

Recoge las actuaciones, observaciones y modificaciones de la conducta terapéutica.

Variaciones del estado de salud, etc.

Ordenes de tratamiento:

Fármacos.

Dietas.

Medidas terapéuticas.

Hoja de hemoterapia:

Se adhieren volantes de transfusión de sangre o hemoderivados.

Petición de interconsulta:

Solicitud pruebas diagnósticas.

Estudios complementarios.

Opinión de especialistas distintos al titular, etc.

Resultados e informes:

Incluyen resultados laboratorio.

Radiología.

Exploraciones especiales.

Autopsia.

Consentimiento informado:

Firmado por el paciente o familiar responsable, autorizando a que se le realicen pruebas, medidas terapéuticas, etc.

Varios:

Descripción operatoria (intervinientes en la intervención, acto quirúrgico, profilaxis utilizada, resultados).

Registro de preanestesia y anestesia.

Registros de reanimación (datos e incidencias del postoperatorio inmediato).

Renuncia voluntaria al tratamiento (motivos del alta o renuncia a un tratamiento concreto, firmados por el paciente o familiar responsable).

Autorización examen post-mortem.

Informe de asistencia de urgencias.

Cuidados y evolución de enfermería:

Observaciones, intervenciones y enseñanzas de enfermería.

Plan de cuidados.

Gráfico de constantes:

Respiración, frecuencia cardíaca, temperatura, eliminación/pérdidas, ingesta líquidos y sólidos. En algunas ocasiones glucemias.

Petición y recepción de pruebas:

Fecha petición, realización y recepción del informe.

Valoración de enfermería al alta y recomendación de cuidados:

Diagnósticos de enfermería al ingreso.

Evolución.

Diagnósticos al momento del alta, incluyendo recomendación de cuidados domiciliarios.

Se trata de un documento de información que recibe el paciente y que entregará en su centro de salud a la enfermera que corresponda. El objetivo es mantener la continuidad de los cuidados entre la atención especializada y la atención primaria.

El informe incluirá:

Resumen de la estancia hospitalaria.

Problemas de salud identificados.

Resumen de cuidados realizados.

Evolución de los problemas.

Pautas de cuidados a seguir.

Si el paciente ha sido incluido en programa de educación sanitaria se especificará además:

Grado de conocimiento adquirido por el paciente sobre su enfermedad.

Aspectos que han sido tratados y aspectos en los que se debe incidir.

Resultados obtenidos.

Este documento debe constar de varias hojas auto-calcables, de las cuales una quedará archivada en la historia general, otra se entrega al paciente, y la otra será remitida a la enfermera del centro de salud que el paciente tenga asignado.

Informe médico de Alta:



Motivo del ingreso y alta.

Resumen de la historia clínica y exploración del paciente.

Actividad asistencial.

Resultados de pruebas diagnósticas, diagnóstico principal y secundarios,

