

8 Documentación clínica y no clínica en Atención Primaria

TEMA

Francisco J. Serrano Martínez, Rosario Bailén
Ramírez y M^a Carmen Esquinas Muñoz

1. INTRODUCCIÓN

En un centro sanitario se crea una gran cantidad de información tanto referente al mismo centro como a los pacientes. La información es reflejada, compartida, transmitida, almacenada en lo que conocemos como *documentos* formados a su vez por dos partes fundamentales como son el soporte (que hace referencia al material utilizado para reflejar la información como pueden ser papel, archivos informáticos, etc.) y el contenido que hace referencia a la propia información en sí, al significado de lo que allí está reflejado. Los documentos suelen cumplir una serie de características como:

- Ajustarse en su diseño a las propias normas establecidas en el centro.
- Pueden ser autocopiativas o no autocopiativas.
- Suelen llevar la identificación con el anagrama del propio centro.
- Deben llevar el apartado para la identificación del paciente.
- La cumplimentación debe realizarse con letra clara.

La documentación puede ser de tipo clínico cuando hace referencia directa al propio paciente y de tipo no clínico cuando se refiere a aspectos burocráticos o administrativos del propio centro.

La documentación clínica es un instrumento muy útil en las instituciones sanitarias, y también en el ámbito de la atención primaria porque:

- Constituye un método eficaz de comunicación entre los profesionales.
- Facilita la atención sanitaria.
- Permite identificar factores de riesgo.
- Es un mecanismo legal de verificación de datos y actuaciones.
- Son pruebas legales en caso de recurrir a ellos con tal finalidad.
- Se utiliza en proyectos de investigación y progreso en materia de salud.
- Es un instrumento útil e imprescindible en la planificación y la gestión de recursos.

La diferencia fundamental entre documentación clínica y sanitaria es que la primera hace referencia al estado de salud del paciente y a la forma de mejorarla, aumentarla y prevenir problemas mientras que la segunda hace referencia a la atención recibida en cualquiera de los ámbitos o niveles de atención sanitaria como primaria o especializada.

2. HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es el instrumento básico utilizado para recopilar la información clínica del paciente y está constituida por una serie de documentos, valoraciones, informes que reflejan la evolución del individuo mientras ha estado recibiendo asistencia sanitaria. Toda la información referente al paciente se refleja en la historia clínica y es reflejada por los diferentes profesionales sanitarios implicados en el proceso de atención del paciente.

La apertura de la historia se realiza a pacientes que demandan atención por medio de consultas externas o que ingresan en el ámbito hospitalario; por el contrario los pacientes recién nacidos sanos y pacientes asistidos en el servicio de urgencias están exentos de la apertura de la historia.

Como la historia clínica sirve de soporte a la información, se considera un instrumento de vital importancia por su asociación a ciertas actividades:

- La docencia.
- La investigación y actividades relacionadas con la comunidad.
- La atención y prestación sanitaria.
- La evaluación y promoción de la calidad de atención prestada.
- Testimonio jurídico-legal de la atención prestada.

2.1. FUNCIONES DE LA HISTORIA CLÍNICA.

- *Docente*: dado que los datos reflejados en la historia clínica pueden ser utilizados en sesiones clínicas u otros métodos para la formación de los profesionales del ámbito sanitario.
- *Investigación clínico epidemiológica*: mediante la cual, los datos que son obtenidos o recogidos se pueden utilizar para la investigación de determinadas enfermedades así como la realización de estudios estadísticos poblacionales de la comunidad con el objetivo de innovar e instaurar nuevos tratamientos, sistemas, tecnologías que son beneficiosas para mejorar y elevar el nivel de salud del individuo y comunidad.
- *Asistencial*: ya sabemos que la historia clínica actúa como soporte de la información que se deriva de la atención prestada al individuo de forma que se permite conocer mejor los procesos y enfermedades, administración de tratamientos y cuidados correctos, así como la adecuada comunicación y coordinación del equipo sanitario.
- *Control de la gestión y planificación sanitaria*: porque la historia clínica contiene todos los datos como gráficas, diagnósticos, pruebas realizadas de tipo diagnóstico que pueden ser utilizados para valorar la eficacia y la calidad del sistema sanitario, y también para tomar decisiones de reestructuración, modificación, planificación de las actividades de atención sanitaria.
- *Médico-legal*: la historia clínica tiene un enorme valor desde el punto de vista jurídico pues se puede utilizar como prueba inculpatoria tanto del paciente, personal sanitario o de la propia administración; también se puede utilizar para la creación de informes policiales, judiciales.

2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

2.2.1. Historia clínica hospitalaria.

- Se orienta hacia las actividades de recuperación de la salud.

- No considera los factores sociales tan determinantes.
- Se centra en el diagnóstico y tratamiento.
- Refleja menos continuidad en la relación paciente–personal sanitario.
- Contactos ocasionales con los profesionales de la salud.
- Refleja alteraciones puntuales del estado de salud.

2.2.2. Historia clínica en Atención Primaria.

- Refleja datos de salud a lo largo del tiempo (no sólo de cuando está alterada la salud).
- Considera los aspectos sociales muy importantes y determinantes.
- Se orienta hacia la identificación de problemas de salud y factores de riesgo.
- Gran cantidad de contactos con los profesionales sanitarios.
- Diseñada y orientada hacia actividades de prevención y promoción de la salud.

2.3. TIPOS DE HISTORIA CLÍNICA.

- *Cronológica*: también conocida como historia clásica y refleja los sucesos de salud en el orden cronológico según van apareciendo.
- *Orientada a los problemas de salud*: muy utilizada en Atención Primaria.
- *Orientada al contexto*: que tiene en cuenta los aspectos psico-sociales y ambientales.
- *Historia de salud electrónica*: los datos se encuentran en el ordenador.
- *Historia de salud*: refleja los datos preventivos y asistenciales de la atención recibida a lo largo de la vida.

2.4. CUALIDADES O CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Las características que debe de tener una historia clínica para cumplir con su función de una manera adecuada deben ser:

- *Completa y actualizada*: pues son dos características imprescindibles. Si no está completa la información que transmite sería errónea por falta de datos y las deducciones que se derivarían y las actuaciones pertinentes no serían correctas.
- *Recuperable*: de forma que esté disponible para ser utilizada en el momento que sea necesario.
- *Única*: pues no pueden existir dos pacientes con el mismo número de historia.
- *Acumulativa y ordenada*: porque se van acumulando todos los datos de la atención recibida y debe estar clasificada adecuadamente.
- *Datos mínimos y fiables*: que deben estar en la historia como mínimo los datos que se consideran básicos e imprescindibles. Son los CMBD o Conjunto Mínimo Básico de Datos como pueden ser:
 - Identificación del centro asistencial.
 - Nombre y apellidos.
 - Estado civil.
 - Edad.
 - Sexo.
 - Diagnóstico principal.
 - Fecha y hora de atención, etc.

2.5. DOCUMENTOS DE LA HISTORIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

La historia clínica en Atención Primaria se encarga de recopilar los datos tanto individuales como familiares con el objetivo de prestar atención sanitaria a lo largo de la vida del paciente y familia desde los puntos de vista preventivo y rehabilitador. En Atención Primaria el contenido de la historia es tanto la familiar como la individual del paciente.

- *Sobrecarpeta en la que figuran los datos del paciente:* donde se refleja el DNI, nombre y apellidos, nº INSS, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, datos de relevancia como posibles alergias, número y código de centro de Atención pPimaria y del colegiado responsable.
- *Historia médica y hoja de consultas:* son las hojas de evolución médica, donde se anota si se prescribe algún medicamento, la dosis, duración de tratamiento, recomendaciones, el motivo de la consulta, etc.
- *Hoja de datos generales:* recoge los datos personales, familiares, sociales, psicológicos del paciente, como si es fumador, bebedor, intervenciones previas, etc.
- *Historia de enfermería:* que contiene los documentos referentes a las consultas de diabéticos, hipertensos, vacunas, evolución de embarazadas y niños...
- *Hoja de interconsulta:* documento a través del cual el médico de Atención Primaria deriva al paciente y solicita que sea valorado por otro especialista como cirujano, endocrino, etc.
- *Hoja de solicitud de exploraciones especiales:* utilizadas para demandar estudios complementarios para el paciente.

2.6. DOCUMENTOS DE LA HISTORIA HOSPITALARIA.

- Hoja de admisión: que se realiza al paso del paciente en admisión con sus datos personales y para dejar constancia del ingreso del paciente.
- Historia médica: que refleja los datos personales, antecedentes personales y familiares, interrogatorio por órganos y aparatos, exploración física, diagnóstico, tratamiento, planes de actuación.
- Historia de enfermería: que abarca gráfica de constantes, hojas de evolución, observaciones de enfermería, control de medicación, sueros, alta de enfermería.
- Pruebas de laboratorio: todas y cada una de las pruebas solicitadas.
- Petición de estudios radiológicos.
- Petición de estudios anatomopatológicos y citológicos.
- Informes de exploraciones complementarias.
- Hojas de autorización de intervenciones quirúrgicas, exploraciones especiales, tratamiento de riesgo.
- Hoja de petición de consulta.
- Órdenes de tratamiento médico.
- Informes de autorización de trasplantes o necropsias.
- Informes de tramitación con entidades aseguradoras.
- Informe preoperatorio y quirúrgico.
- Historia de atención de urgencias.
- Documento de alta por prescripción o alta voluntaria.

2.7. DOCUMENTOS QUE NO SE INCLUYEN EN LA HISTORIA CLÍNICA.

- Parte de consulta y hospitalización.
- Tarjeta sanitaria de afiliación a la Seguridad Social.

- Receta médica.
- Petición de ambulancia.
- Hoja de citación a consulta y exploraciones complementarias.
- Certificado de estado de salud, de nacimiento o defunción.

2.8. SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA: EL DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN SE ENCARGA DE:

- Programación de las consultas externas y de los servicios centrales.
- Diseño y mantenimiento de la agenda.
- Gestión de las citas.
- Registro de las actuaciones realizadas en consultas y servicios centrales.
- Programación de la hospitalización.
- Tramitación de la solicitud de ingreso o intervención quirúrgica.
- Creación de las listas de espera.
- Programación de ingresos y de intervenciones quirúrgicas.
- Gestión de las camas.
- Registro de las intervenciones e ingresos.
- Registro de pacientes que acuden a urgencias.
- Tramitación de informes o partes de lesiones, fallecimiento, etc.
- Información al usuario.

De todas estas funciones solamente algunas corresponden al servicio de admisión en el centro de salud pues las referentes a camas, ingresos y hospitalización son pertenecientes al ámbito hospitalario.

3. DOCUMENTACIÓN NO CLÍNICA

La documentación no clínica es aquella que se genera de la estancia del sujeto en el centro sanitario y que se usan para el buen funcionamiento del centro. Entre los documentos que se pueden encontrar hallamos:

- Documentos referidos a la coordinación entre los servicios para proporcionar servicios terapéuticos y diagnósticos:
 - Hoja de petición de medicamentos.
 - Hoja de petición de productos hemoderivados.
- Documentos administrativos relacionados con la gestión económica:
 - Facturas.
 - Almacén.
- Documentos referidos a la hostelería:
 - Hoja de petición de lencería.
 - Hoja de petición a almacén.
 - Hoja de demanda y envío a esterilización.
- Documentos sobre programación de trabajo en la unidad:
 - Distribución del trabajo de enfermería.
 - Distribución horaria.
 - Asignación de tareas a cada categoría.
- Documentos sobre control y registro de la unidad:
 - Las estancias medias.
 - Mortalidad.

- Reingresos.
- Movimiento de pacientes.
- Documentos sobre normas de funcionamiento del centro:
 - Protocolos de actuación.
 - Criterios de actuación en situaciones particulares.
 - Derechos y deberes de los pacientes.
 - Normas sobre ingresos, altas, desplazamiento de pacientes.
 - Control y custodia de las pertenencias de los pacientes.
 - Estatutos sobre derechos y obligaciones del personal hacia sus compañeros, pacientes o subordinados.
- Otros documentos:
 - Cartillas de largo tratamiento.
 - Encuestas epidemiológicas.
 - Impreso de declaración de enfermedades de declaración obligatoria.

Estos documentos, en su amplia mayoría están ubicados dentro del ámbito hospitalario.

4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Como ya sabemos los sistemas de información y registro sanitarios dan apoyo a la investigación sanitaria, a la vez que aportan beneficios en la atención y planificación de los cuidados y gestión y evaluación de los sistemas sanitarios.

En Atención Primaria, lo primero que se hace es identificar las necesidades en lo que a información se refiere para posteriormente establecer los indicadores. A partir de estos indicadores se precisan de forma exacta los datos que deben registrarse y se definen los registros a utilizar en los centros de atención primaria. La gran cantidad de datos que se utilizan hace que el sistema utilizado mayoritariamente sea el sistema informático. Una vez que se han recogido los datos se codifican, procesan y archivan. De esta forma se llega a analizar e interpretar la información obtenida.

La información debe llegar a todos los profesionales dado que son muchos los que intervienen en la cumplimentación de los registros de manera que deben tomar conciencia de la importancia y utilidad de los registros.

Tanto en el sistema sanitario en general como en Atención Primaria en particular, consideramos como registro aquel grupo de documentos necesario para tener un sistema de información. Los registros de utilización habitual en Atención Primaria son:

- **Historia clínica:** que se suelen guardar en un sobre de clasificación. Son clasificadas según diferentes criterios (según nombre y apellidos, según edad y fecha de nacimiento, etc.). Cuando la historia contiene una gran cantidad de documentos se traslada a archivos y allí se almacena para rescatarla cuando sea necesario. En ocasiones hay documentos que se devuelven al paciente tras anotar en la historia los datos de interés como por ejemplo resultados de analíticas u otras pruebas realizadas. Las historias deben ser codificadas para su identificación y almacenamiento pudiendo utilizar diferentes sistemas de codificación como CIE-10, aunque en Atención Primaria existen otros códigos más específicos como CIP-SAP-2 (Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria) o IC-Process-PC (Clasificación por Problemas de Consulta).

- **Registros de tipo administrativo:** como son las recetas, solicitudes derivación o de pruebas que son de utilización directa o también registros administrativos y legales de obligada cumplimentación como certificados o partes de baja. También existe un registro de los medicamentos prescritos y médico que los ha prescrito.
- **Registros de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO):** las listas de EDO son distintas en cada comunidad, en función de la legalidad de hará su comunicación.
- **Fichas de edad y sexo:** utilizadas en campañas preventivas de determinados grupos poblacionales.
- **Cartillas de tratamiento prolongado:** sobre todo de pacientes de tipo crónico cuyo tratamiento se prolonga en el tiempo de una forma continuada.
- **Registros de mortalidad:** mediante los que se puede saber la estadística en cuanto a número de fallecimientos, causas, etc.
- **Registros de actividad y morbilidad:** donde se reflejan las actuaciones llevadas a cabo y las causas por las que llevan a cabo las consultas.

BIBLIOGRAFÍA

Fombella Posada, M^a José, and M^a José Cereijo Quinteiro. "Historia de la historia clínica." *Galicia Clínica* 2012; 73(1): 21-26.

Arenas López, Aurelia, et al. "Conocimiento y cumplimiento de los profesionales sanitarios del derecho del paciente a la información clínica." *Revista española de medicina legal* 2012; 38(1): 11-16.

Oteo Ochoa, Luis Ángel. *Gestión clínica: desarrollo e instrumentos*. Ediciones Díaz de Santos, 2012.

Allende Cuadrado, Maria Jose. *Operaciones administrativas y documentación sanitaria*. Editorial Paraninfo, 2013.

Labrador, José R. Repullo, ed. *Sistemas y servicios sanitarios*. Ediciones Díaz de Santos, 2012.

Allende Cuadrado, Maria Jose. *Operaciones administrativas y documentación sanitaria*. Editorial Paraninfo, 2013.

