

García de la Infanta, Román F.*; Chavert del Pozo, María Angeles*; Vila Enriquez, María Pilar; Fidalgo Francisco, Alberto*.

***Servicio de Documentación Clínica**

El objetivo primordial es organizar y gestionar toda la información clínica generada a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales del paciente.

La gestión de la documentación clínica se concreta en tres aspectos fundamentales: Gestionar la historia clínica, los archivos clínicos, y la extracción de información de la historia mediante la codificación clínica.

1. OBJETIVOS

Archivo y custodia de las historias clínicas del hospital

- Crear los circuitos documentales de las historias clínicas
- Asegurar disponibilidad y confidencialidad, custodiando toda la documentación.

Gestión de la historia clínica

- Diseñar y coordinar los circuitos documentales de las historias clínicas.
- Elaborar la documentación clínica del hospital.
- Atender las peticiones de información por parte de pacientes, instituciones sanitarias, jurídicas,.....

Codificación clínica

- Indizar, codificar mediante la CIE-9-MC, análisis y difusión de la información extraída de las historias clínicas.
- Confeccionar el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), para su envío a Servicios Centrales.
- Elaborar los indicadores de codificación.
- Explotación de las bases de datos con finalidades asistenciales, de investigación, gestión, docentes. Asesoramiento para estudios de investigación, estadísticos y gestión, etc.

2. LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La organización de la información permite mayor agilidad en el trabajo diario y menor número de errores en la toma de decisiones. Es tarea de todos los que intervienen en la creación, mantener estas premisas.

Los Sistemas de Información Sanitarios son conjuntos de procesos que tienen como finalidad recoger, analizar y transmitir la información necesaria para la toma de decisión en las diferentes actividades que se desarrollan en el ámbito sanitario, por eso el conocimiento de ellos nos debe facilitar la **planificación** de los recursos, monitorizar la morbi-mortalidad, identificar los determinantes de la salud, garantizar la disponibilidad y accesibilidad a los servicios, **ayudar en la asistencia clínica**, así como la evaluación de los resultados, y teniendo una importancia básica en investigación tanto clínica como legal.

Los procesos que integran estos sistemas, deben cumplir las características de **fiabilidad, agilidad, adecuación, simplicidad y retroalimentación**.

Los Sistemas de información sanitaria fundamentales son:

- Registros: Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), casos de SIDA, cáncer, infartos, certificado de defunción.
- Encuestas: Morbilidad hospitalaria, consumidores de drogas en tratamiento.
- Sistemas de notificación: EDO, SEIT (Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías), IVE (interrupción voluntaria del embarazo), médicos centinelas.

En 1982, la Comunidad Económica Europea, definió, con el apoyo de la OMS y el Comité Hospitalario de las Comunidades Europeas, el CMBD.

El **Consejo Interterritorial del SNS** aprobó en **1987**, la **implantación del CMBD**, como elemento fundamental del sistema de información de la asistencia especializada, siendo obligatorio para todo el territorio nacional desde 1992.

1. Identificación del hospital.	8. Circunstancias del ingreso.
2. Identificación del paciente.	9. Diagnóstico principal y secundario.
3. Fecha de nacimiento.	10. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos.
4. Sexo.	11. Otros procedimientos.
5. Residencia.	12. Fecha de alta.
6. Financiación.	13. Circunstancias del alta.
7. Fecha de ingreso.	14. Identificación médico responsable del alta.

3. EL INFORME DE ALTA - Elemento clave de la continuidad de la asistencia

“Todo mi trabajo con el paciente visto en una página”

El Informe de alta de hospitalización, es obligatorio en España por R.D. desde 6/09/1984, con una estructura y contenido mínimo, y que con posterioridad se renovó mediante el decreto R.D. 1093/2010. *La Ley 41/2002 reitera el derecho que tiene todo paciente a que le sea entregado al alta.*

Doce sociedades médicas y el foro español del paciente han elaborado el documento “Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas *Medicina clínica, ISSN 0025-7753, Vol. 134, Nº. 11, 2010, págs. 505-510.*

El informe es un documento fundamental para el paciente y para el médico que continúa la atención. Refleja el resumen de la actividad prestada. *Reduce el tiempo de búsqueda de información, evita errores y duplicidad de pruebas.*

El paciente necesita entender las instrucciones o recomendaciones que se le dan, tanto farmacológicas como higiénico-dietéticas, sin olvidar advertencias sobre signos de alerta. Al salir del hospital, sólo el 20 % de los pacientes conoce las señales de alerta de su enfermedad y sólo un 10% conoce los efectos adversos de sus medicamentos.

Características informe alta:

Contenido:

- Datos administrativos.
- Antecedentes personales.
- Enfermedad actual y comorbilidad durante el episodio.
- Procedimientos realizados.
- Tratamiento y recomendaciones.

Destinatario del informe de alta:

- Paciente y familiares
- Médicos en Atención Primaria, Urgencias, Especializada
- Servicios centrales codificación clínica.
- Otros profesionales enfermería, investigadores, docentes, autoridades sanitarias y judiciales.

Normas básicas del informe de alta:

- Será entregado en mano al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal en el momento que se produzca el alta.
- En el caso de que por algún motivo falten datos para entregar el informe de alta que contenga un diagnóstico definitivo, se elaborará un informe de alta provisional, que será sustituido en su día por el definitivo y remitido al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal.
- En el caso de exitus, el informe será entregado al alta a la persona vinculada con el paciente por razones familiares o de hecho.

Alta Voluntaria:

Se reconoce el derecho del paciente a no aceptar el tratamiento en este caso se le propone la firma del alta voluntaria, salvo cuando exista riesgo para la salud pública o exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo.

Aunque se trate de un alta voluntaria el paciente tiene derecho a un informe de alta del proceso.

4. LA CODIFICACIÓN CLÍNICA

Permite a través de códigos normalizados a nivel internacional Clasificación de Enfermedades Modificación Clínica (**CIE-9 MC**), una **traducción a códigos de las diferentes enfermedades y procedimientos que presenta un paciente durante su atención sanitaria, para su explotación normalizada.**

Actualmente la Codificación Diagnóstica es obligatoria para hospitalización en todos los centros sanitarios del Estado.

La explotación de los datos de alta hospitalaria, permite el estudio de grandes volúmenes de datos mediante un lenguaje internacional, que nos da la oportunidad de compararnos con otros servicios, hospitales, comunidades autónomas o países.

La base fundamental de la fuente de información es el informe de alta, por lo que un buen informe de alta no solo mejorará la información en la continuación de cuidados, sino que permite la extracción clara de los diagnósticos y procedimientos que han afectado al paciente y justificar el tratamiento y las estancias.

Permite la comparación de la actividad del mismo servicio a lo largo del tiempo, el estudio de una patología en el hospital por los distintos servicios o compararnos con otros hospitales de la comunidad.

La trazabilidad de la patología a lo largo de la historia clínica, da coherencia a la información y permite el seguimiento (la patología crónica, no puede aparecer y desaparecer de los informes, porque generalmente conlleva la aplicación de recursos o incremento de estancias).

El "no informar" de las complicaciones y de los efectos secundarios puede provocar la repetición en otros episodios posteriores. *Complicación: Es la condición clínica que aparece como consecuencia de una cirugía o de otro cuidado médico. Es importante tener en cuenta que no todas las complicaciones de cuidados son consecuencia de un cuidado incorrecto o inadecuado. En la mayoría de los casos es una de las posibles evoluciones o efectos del proceso.*

Actualmente se están poniendo en marcha indicadores de seguridad del paciente, que nos ayudarán a mejorar en la atención y nos obligarán a conocernos mejor. La agencia para la investigación y la calidad (AHRQ), ha desarrollado herramientas para la toma de decisiones, estas herramientas han sido adaptadas por el Ministerio de Sanidad y están en fase implantación.

4.1. RECOMENDACIÓN GENERAL

Es importante adecuar la terminología clínica a los glosarios de términos internacionalmente aceptados. Es siempre el médico el que define y explicita los diagnósticos y tratamientos y por ello no deben utilizarse acrónimos sin el suficiente consenso en la práctica clínica del hospital.

La codificación aporta lógica y calidad a la información.

4.2. ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Desde el punto de vista de la Codificación en lo que se refiere a la posterior explotación son elementos esenciales, la claridad, la especificidad y el orden.

Así, siguiendo el esquema de la H.C:

4.2.1. MOTIVO DE INGRESO. Signos y/o síntomas por los que acude el paciente.

4.2.2. ANTECEDENTES PERSONALES. Son importantes si están presentes y condicionan o pueden condicionar el estado de salud actual: las secuelas de enfermedades anteriores, los factores de riesgo y los tratamientos previos incluidas prótesis, marcapasos. Así como úlceras de presión, estado nutricional (el 25% de los pacientes presentan desnutrición) y grado de autonomía personal.

La comorbilidad determina no sólo gran parte de las actuaciones terapéuticas, sino también el esfuerzo asistencial, el incremento de estancias y el coste; complementa y facilita la especificidad de la información en los estudios clínicos, ensayos, informes etc.

4.2.3. HISTORIA ACTUAL. Patología que tras el estudio se considera la causa del ingreso (se procurará que no sean síntomas o signos). *De importancia muy alta, Orienta hacia el diagnóstico principal junto con el motivo de ingreso.*

4.2.4. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. En el informe se hará constar aquellas pruebas que han sido determinantes en la asistencia y los diagnósticos derivados de ellas (p.e. en ocasiones la información proporcionada desde el servicio que realiza la prueba, no es confirmada clínicamente y por lo tanto no debería de constar en el informe de alta la información relativa a la prueba para no llevar a errores posteriores. En las pruebas de rutina con resultados normales es suficiente poner la prueba sin más (p.e. hemograma, iones,... normal).

Es importante hacer constar las pruebas o exploraciones realizadas relevantes.

Sólo se codificarán aquellos hallazgos que el médico considere importantes.

4.2.5. EVOLUCIÓN. Ayuda a definir la secuencia de diagnósticos y sobre todo aquellas incidencias nuevas que se producen en el transcurso del actual episodio de atención y no estaban presentes al ingreso (por ejemplo: diarrea por clavulánico, flebitis periférica o central, neumonitis aspirativas, retenciones urinarias, hiperglucemias esteroideas, complicaciones, etc.) .Se harán constar además los hallazgos patológicos de las pruebas o exploraciones realizadas que condicionen los diagnósticos.

4.2.6. DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL: Es el proceso patológico o circunstancia, que después del estudio pertinente y según criterio facultativo, se establece como causa del ingreso en el hospital, aunque durante su estancia apareciesen otras complicaciones importantes o incluso otras enfermedades más severas independientes de la que motivó el ingreso. Deberá ponerse en primer lugar.

SECUNDARIOS: Los que no siendo el principal, coexistan con él en el momento del ingreso o se desarrollen a lo largo de la estancia hospitalaria e influyan en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior que no exista en el actual ingreso.

A efectos de codificación los siguientes vocablos:

Cierto, probable, posible, sugiere: se codifican como presentes.

Dudoso, no demostrado: no se codifica, no se consideran presentes.

Es muy importante reseñar si el proceso es agudo, crónico, o crónico reagudizado.

4.2.7. TRATAMIENTOS. En el caso del protocolo quirúrgico es obligatorio cumplimentar todos sus campos de manera legible y bien secuenciado. Se debe describir el procedimiento, poner la fecha de la intervención, vía de acceso (abierto, cerrado, laparoscópica...), tipo de anestesia, prótesis, complicaciones, etc.

5. USO HISTORIA CLÍNICA

- La historia clínica en soporte papel en nuestro centro está estructurada en carpetas de distintos colores según el tipo de episodio; urgencias, hospitalización, consentimiento informado, actividad ambulatorias por especialidades; siendo responsabilidad del usuario el orden de la misma.
- La historia clínica electrónica (IANUS) hace que no sea necesario el archivado en soporte papel de documentos ya existentes en IANUS.
- La cumplimentación de la historia clínica será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.
- Cualquier información incorporada a la historia clínica deberá ser fechada y firmada de forma que se identifique claramente al personal que la realice.

5.1. ACCESOS A LA DOCUMENTACION CLINICA

- Pacientes o usuarios
 - Paciente > 14 años: El paciente o por representación debidamente acreditada.
 - Pacientes < 14 años: Los padres o tutores.
 - Incapacitados: Tutor legal.
 - Fallecidos: Personas vinculadas a él, por razones familiares (cónyuge, padres, hijos, hermanos) o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite.
 - El paciente tiene derecho de acceso a la documentación clínica y a obtener copia de la misma.
 - No se facilitará información de las anotaciones subjetivas de los profesionales que participan en la elaboración de la historia clínica, excepto que lo autorice, ni anotaciones que perjudiquen a terceros, ni las que afecten a la intimidad del paciente si esta fallecido.
 - En caso de que el facultativo entregue alguna documentación al paciente o autorizado, esta se limitará a informes, quedando excluida la entrega de cursos clínicos, evolutivos y otras anotaciones realizadas por otros facultativos.
- Profesionales sanitarios que trabajen en este centro
 - La historia clínica es un instrumento para garantizar la adecuada asistencia sanitaria.
 - El personal que accede a la historia clínica está sujeto al deber de secreto.
 - En el caso de acceso con fines epidemiológicos, de investigación y docencia, publicaciones científicas y estudios, se preservaran los datos de identificación personal del paciente quedando asegurado el anonimato.

Los modelos para solicitar el acceso a la historia clínica se encuentran en la intranet en el Servicio de Documentación clínica.

6. DERECHO DEL PACIENTE EN RELACIÓN A LA INFORMACIÓN ASISTENCIAL

- El paciente tiene derecho a conocer toda la información relacionada con su salud. Además tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informado, debiendo quedar este extremo debidamente acreditado.
- La información clínica se comunicará al paciente generalmente de forma verbal, además será comprensible y adecuada a lo que el paciente necesite y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
- **Titular del derecho a la información**

El titular del derecho a la información es el paciente.

También pueden ser informados las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho cuando:

- El paciente lo permita de manera expresa o tácita.
- En los casos que según el criterio del médico que le asiste, el paciente carece de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico.
- **Limites del derecho a la información** El derecho a la información sanitaria puede limitarse por un estado de necesidad terapéutica “ *la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave*”

Se dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

- **¿Quién informa?** Cada profesional sanitario tiene la obligación de informar en aquella parte del proceso en el que interviene.

Dentro de la Información asistencial que se le da al paciente destaca el **CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que la Ley 41/2002 trata como derecho independiente, considerando como **Consentimiento Informado** “La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.”

- La prestación del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del médico.
- El paciente tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
- Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios.
- El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
- Todo paciente tiene derecho a **negarse** al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley (riesgo salud pública, imperativo legal). Su negativa al tratamiento constará por escrito.
- Todo paciente tiene derecho a la **revocación** de un consentimiento informado anterior. La revocación constará por escrito.
- Todo paciente tiene derecho a que se respete su voluntad a **no ser informado**, sin perjuicio de obtener el consentimiento previo para la intervención pues renuncia a recibir información no a la intervención. Esta renuncia constará por escrito.

Los modelos oficiales de Consentimiento Informado de este Complejo Hospitalario se encuentran en la intranet, estos modelos son actualizados periódicamente.

Circunstancias en que no firma el paciente el Consentimiento Informado (Ley41/2002, Ley 3/2005)

- Paciente temporalmente incapacitado, la prestación del consentimiento corresponde a sus familiares o personas vinculadas de hecho a él, entre los familiares se dará preferencia al cónyuge o quien tenga la condición legal de pareja de hecho, y en su defecto a los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado a los de mayor edad.
- Pacientes menores de 16 años o incapacitado legal, la prestación del Consentimiento corresponde al padre, madre o tutor legal, además el médico tendrá en cuenta:
 - Paciente entre 12 y 14 años el médico deberá escuchar la opinión del menor.
 - Paciente entre 14 y 16 años, el otorgamiento será compartido entre el menor y la persona autorizada.
- Paciente entre 16 y 18 años no existe el Consentimiento por representación, aunque en actuaciones de grave riesgo los padres serán informados y su opinión tenida en cuenta.

Si el médico considera que la decisión del representante es contraria a los intereses del incapacitado o menor, deberá ponerlo en conocimiento de la autoridad.

No será preciso el Consentimiento Informado en caso de que:

- La no intervención suponga un riesgo para la salud pública y así se declare expresamente por las autoridades sanitarias competentes.
- La urgencia no permita demoras por existir riesgo inmediato grave para la integridad física y psíquica del paciente y no es posible obtener autorización, consultando si las circunstancias lo permiten a las personas vinculadas por razones familiares y de hecho.