

CONTENIDO, USOS Y FINALIDAD DE LA HISTORIA CÍNICA

Antigua, 25 de febrero de 2008

Cristina Gómez Piqueras
Inspectora-Instructora de la Agencia Española de Protección de Datos

La historia clínica es la narración escrita, en soporte papel o informático, clara, precisa, detallada y ordenada de todos los datos y conocimientos, tanto personales como familiares, que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad actual o de su estado de salud. Resume la herencia y hábitos de un ser humano, su constitución, fisiología y psicología, su ambiente y, siempre que sea posible, la etiología y evolución de la enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DEL CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA

- ❖ Clara y precisa, ya que servirá al profesional que la elabora y a los demás que la utilicen.
- ❖ Completa y realizada metódicamente.
- ❖ Realizada sistemáticamente sin caer en abstracciones que impidan ver la realidad.
- ❖ Con el consentimiento del enfermo.

- ✓ **Hipócrates (460 a.C.). Consideraban la totalidad del hombre, su ambiente y etapa de la vida, dando importancia a la anamnesis y la observación.**
- ✓ **Historias clínicas medievales basadas en la observación de las estrellas más que en los síntomas del paciente.**
- ✓ **Siglo XVIII adquieren la estructura de hoy.**
- ✓ **Siglo XIX se apoyan en el desarrollo de la ciencia.**

- **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.**

- Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audio visual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.

- **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.
- ❖ 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.
 - ❖ ñ) El gráfico de constantes.
 - ❖ o) El informe clínico de alta.
-
- Los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.

- **La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.**
- **La historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial.**

Los datos que se recojan en la historia clínica deben ser:

- ✓ ADECUADOS
- ✓ PERTINENTES
- ✓ NO EXCESIVOS

para su finalidad

- DETERMINADA
- EXPLÍCITA
- LEGÍTIMA

CASO CLÍNICA DENTAL

En su contenido:

- **VERACES (que sean ciertos)**
- **ACTUALES (puestos al día)**
- **EXACTOS (que coincidan con la realidad)**

Deben ser RECTIFICADOS o COMPLETADOS
cuando:



Deben ser CANCELADOS cuando:

- Hayan dejado de ser NECESARIOS
- Hayan dejado de ser PERTINENTES



para la FINALIDAD para la que se registraron

PROHIBICIÓN RECOGIDA DE DATOS

➤ **FRAUDULENTA**

➤ **DESLEAL**

➤ **ILÍCITA**

- **La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.**

- **La finalidad primordial de la historia clínica es recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria.**
- **El motivo por el que el médico inicia la Elaboración de la historia clínica y la continúa a lo largo del tiempo es el requerimiento de una prestación de servicios sanitarios por parte del paciente.**
- **La historia clínica puede considerarse el instrumento básico del buen ejercicio sanitario porque sin ella es imposible que el médico pueda tener una visión completa y global del paciente para prestarle asistencia.**

- **La finalidad esencial de la historia clínica es la asistencial, pero no pueden obviarse otras finalidades:**
 - ✓ **Docencia e investigación:** a partir del estudio de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías y hacer publicaciones científicas.
 - ✓ **Evaluación de la calidad asistencial:** la historia clínica es considerada como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Es un fiel reflejo de la relación médico-paciente y un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada. (relacionado estudio estadístico Cataluña, caso Leganés).

- ✓ **Administrativa:** la historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.
- ✓ **Médico-legal:** es un documento público/semipúblico estando el derecho de acceso limitado y regulado; puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales; es obligatoria legalmente su cumplimentación; es elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional, teniendo un extraordinario valor jurídico en dichos casos al convertirse, por orden judicial, en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional médica, comprobándose, a través de su estudio, si se cumplió el deber de informar, se pidió el consentimiento, si se hizo de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial; constituye un instrumento de dictamen pericial clave para la elaboración de informes periciales.

TIPOLOGÍA DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

- ❖ Datos de identificación o administrativos
 - ❖ Datos clínico-asistenciales
 - ❖ Datos asistenciales subjetivos
 - ❖ Datos asistenciales de terceras personas
 - ❖ Datos médicos especialmente sensibles, como son los datos genéticos, reproducción asistida, adopción, VIH, Psiquiatría, de personas de relevancia pública... En los ficheros en papel, estos datos se guardaban en carpetas especiales, marrones, que se mantenían en secreto, con accesos restringidísimos.
-
- En la HC debe mantenerse la confidencialidad, pero conjugándolo con la operatividad del servicio

- **Distintas finalidades –distintos niveles de acceso**
- **En la HC debe mantenerse la confidencialidad, pero conjugándolo con la operatividad del servicio**

ESTRUCTURA DEL FICHERO HISTORIA CLÍNICA

- ❖ **Fichero “Historias Clínicas”:** Se incluyen dos subficheros
 - El de la historia clínica propiamente dicha, que es la que recoge todos los datos médicos.
 - El de Usuarios, en el que están incluidos los datos de afiliación y los administrativos. (El personal auxiliar accede a la aplicación “Usuarios” con la finalidad de citar a los pacientes y el profesional sanitario accede, en general, a la totalidad de la información).

- **Confidencialidad**
- **Seguridad**
- **Disponibilidad**
- **Única**
- **Legible**

- **Veracidad.**
- **Exactitud.**
- **Rigor técnico de los registros.**
- **Coetaneidad de los registros.**
- **Completa.**
- **Identifique a todos los profesionales que la cumplimentan.**

<https://www.agpd.es/>

MUCHAS GRACIAS.