



# unidad 5

## SUMARIO

- La documentación
- Tipos de documentación
- Documentación no sanitaria
- Documentación no clínica

## Documentación

### OBJETIVOS

- Valorar la importancia de la documentación en la atención sanitaria.
- Clasificar la documentación empleada en las actividades sanitarias.
- Elaborar cartas informativas a clientes.
- Confeccionar agendas de citas.
- Conocer y manejar documentos no clínicos.

## 1 >> Introducción

En cualquier trabajo se origina y se maneja mucha información; la que es de poco interés no se guarda, pero buena parte de ella es de gran relevancia y conviene que la conservemos.

Disponer de forma rápida de toda la información que se precisa en cada momento permite llevar a cabo la tarea que corresponda de un modo más eficaz.

Para poder hacer bien nuestro trabajo es imprescindible el uso de la documentación, que es la suma o conjunto de los documentos que se emplean.

**Se entiende por documento la información registrada sobre un soporte. Es pues la suma de lo que se cuenta (información) y el medio en el que se registra dicha información (normalmente, papel).**

Aunque al hablar de documentos pensemos inmediatamente en formato papel, los soportes en los que se almacena información pueden ser muy variables: son también documentos las radiografías, por ejemplo, y cada vez se usan más los documentos electrónicos, generados y almacenados por medios informáticos, como las imágenes de la tomografía axial computarizada (TAC o escáner).

Para los documentos en papel se suelen emplear formatos estandarizados:

- El más **habitual es el DIN A4** (210 × 297 mm).
- Algunas veces se usan tamaños mayores (DIN A3, el doble del anterior, 297 × 420 mm) o menores (DIN A5, la mitad, 148 × 210 mm) (Figura 5.1).

### 1.1 > Importancia de la documentación

En las actividades sanitarias **el uso de documentación es de gran importancia:**

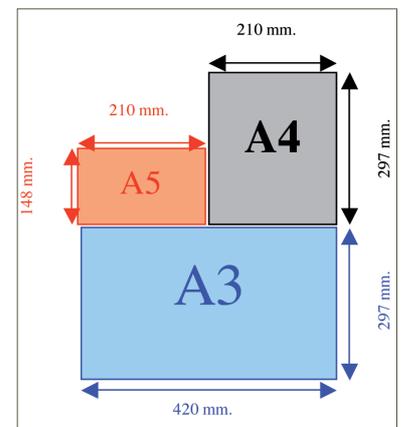
- **Es imprescindible para una atención sanitaria de calidad** el acceso rápido a la gran cantidad de información que se va generando y registrando en los documentos; por ejemplo, para atender adecuadamente a un paciente hospitalizado es necesario conocer su evolución clínica, las constantes vitales, los resultados de sus pruebas radiográficas o de laboratorio, los tratamientos, etc. Todos estos datos se almacenan en documentos de la historia clínica.
- Además **determinados documentos son legalmente exigibles**. Veremos, por ejemplo, que a todos los pacientes hospitalizados se les debe proporcionar el **informe de alta** cuando salgan del hospital; igualmente son obligatorias las **facturas** en los actos de compraventa.

Además la documentación será clave en casos de reclamaciones por malas prácticas o si hay problemas judiciales.

Por estos motivos, tanto las pequeñas consultas como los hospitales y cualquier otra entidad sanitaria **deben conservar debidamente los documentos importantes.**

#### Recuerda

La documentación es necesaria, pero lo principal en nuestro trabajo es atender al paciente. Si nos centramos solo en "los papeles" y les damos excesiva importancia, descuidaremos nuestra labor fundamental y acabaremos sintiendo rechazo hacia las tareas administrativas o ahogados en la burocracia.



5.1. Formatos de papel.

## 1.2 > Estructura de los documentos

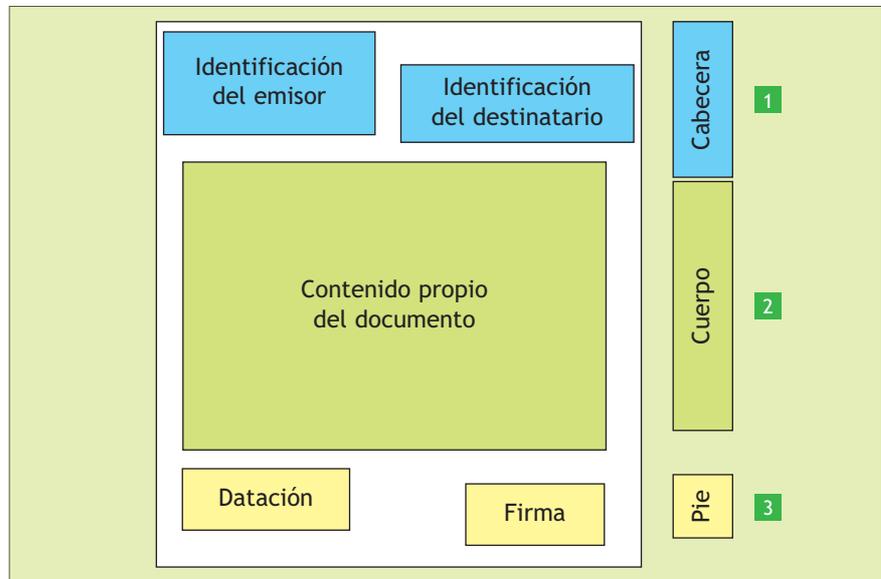
Los documentos en general —y en especial los de mayor importancia en la asistencia sanitaria— tienen una estructura similar. Constan de tres partes: cabecera (parte superior), cuerpo (central) y pie (inferior) (Figura 5.2).

- 1 La **cabecera** contiene, casi siempre en el ángulo superior izquierdo, los datos de identificación del emisor del documento, a veces con el logo de la entidad. En el ángulo superior derecho suele estar la identificación del destinatario (o a quien se refiere la información, el paciente por ejemplo).
- 2 El **cuerpo** ocupa la mayor parte del escrito, con el contenido específico donde se refleja la información propia de cada documento.
- 3 En el **pie** del documento nos encontramos con la datación (localidad y fecha en las que se ha redactado, que puede estar en otra parte del papel) y la firma (a veces se incluye también el sello) de quien elabora el documento.

Cuando una institución trabaja con varios documentos que forman un conjunto (la historia clínica de un hospital, por ejemplo), los diseña de forma similar e incluye en cada documento su nombre concreto y habitualmente también un código para facilitar su identificación y manejo rápido.



5.3. Auxiliar de enfermería consultando la historia clínica de un paciente.



5.2. Estructura de los documentos.

## >> Actividades propuestas

- 1•• Teniendo en cuenta la definición de documento, razona si la microfotografía de una muestra de tejido hepático extraída por biopsia, una receta médica o un electrocardiograma pueden considerarse documentos.
- 2•• Explica la importancia que tiene la documentación en la atención sanitaria.
- 3•• Identifica en la carta del caso práctico resuelto de esta unidad (Figura 5.5) los elementos de la estructura de un documento.

## 2 >> Tipos de documentación

En los centros sanitarios (hospitales, centros de salud, consultas privadas) nos podemos encontrar con un gran número de documentos, muy variados y que cumplen funciones distintas.

Distinguimos:

- La **documentación no sanitaria** incluye documentos similares a los empleados en cualquier otro tipo de entidades o trabajos; por ejemplo, los documentos de las operaciones de compraventa como las facturas.
- La **documentación sanitaria** es el conjunto de documentos generados en la atención a los pacientes y en las actividades de gestión administrativa relacionadas con dicha atención. Es pues específica de las entidades sanitarias y de este tipo de actividad.

A su vez, podemos dividir la documentación sanitaria en dos tipos: clínica y no clínica.

- La **documentación clínica** es la directamente relacionada con la atención sanitaria al paciente. Los principales documentos de este tipo son los que forman la historia clínica.
- La **documentación no clínica** es la que se genera en las actividades de gestión y administración relacionadas con la atención a los pacientes. Un ejemplo puede ser el documento de petición de material que realiza un servicio hospitalario al almacén central del hospital.

En la unidad 6 explicaremos los documentos clínicos. El resto de la documentación será comentada en esta unidad; en primer lugar hablaremos de algunos documentos no sanitarios significativos y más adelante estudiaremos diversos documentos no clínicos.

Tipos de documentación		
Documentación sanitaria	Documentación clínica.	Vinculada directamente a la atención sanitaria.
	Documentación no clínica.	Ligada a las actividades de gestión relacionadas con la atención sanitaria.
Documentación no sanitaria	De carácter general, similar a la de cualquier otra actividad.	

### Informática y documentación

El tratamiento de la información, incluyendo la elaboración de documentos y su archivo, se gestiona cada vez en mayor medida mediante aplicaciones informáticas. Sucede así en las actividades de atención sanitaria y en las de cualquier otro tipo.

### Definiciones legales

En la Ley 41/2002 (será comentada en la unidad 6), se define **documentación clínica** como "el soporte de cualquier clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial". También se define **información clínica**: "todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla".

### >> Actividades propuestas

- 4•• Clasifica los distintos tipos de documentos con los que un auxiliar de enfermería puede encontrarse en su trabajo y pon al menos un ejemplo de cada tipo.

### 3 >> Documentación no sanitaria

El auxiliar de enfermería debe manejar en su actividad laboral documentos muy variados. Cuando trabaja en consultas privadas a las órdenes de un médico u otro profesional sanitario, cumple funciones administrativas y de gestión, en las que tendrá que usar documentos similares a los que pueden emplearse en cualquier trabajo, sea o no sanitario. Son un ejemplo importante los documentos relacionados con las operaciones comerciales o de compraventa, como las facturas y los presupuestos, que serán comentados en la unidad 8.

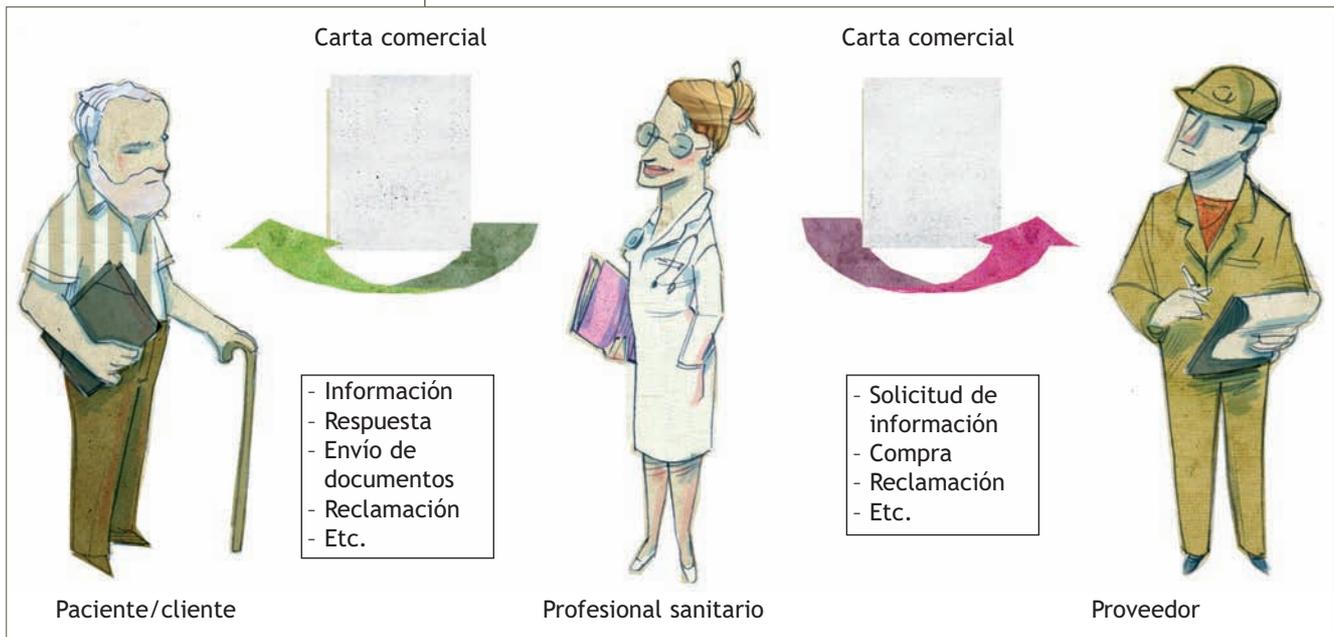
Entre las tareas de gestión que habitualmente debe hacer el auxiliar y que conllevan el uso de documentos, destacamos la labor de comunicarse con los pacientes y los proveedores y la de gestionar las citas de los pacientes. A continuación, vamos a explicar de forma sencilla cómo llevar a cabo estas tareas mediante el uso de los documentos correspondientes: las cartas comerciales y las agendas de citas.

#### 3.1 > Comunicación con proveedores y clientes. Cartas comerciales

Es indispensable para el buen funcionamiento de una consulta sanitaria una comunicación fluida entre el profesional sanitario (y el auxiliar que trabaja con él) y las diversas empresas e individuos con los que relaciona profesionalmente, tanto con aquellos que proporcionan productos a la consulta como con sus pacientes/clientes, a los que presta servicios. La comunicación se lleva a cabo de forma continua, en muchas ocasiones verbalmente (en persona o por teléfono), otras veces por medios electrónicos (sms, correos electrónicos, etc.), y en algunos casos a través de las cartas comerciales (Figura 5.4).

#### Uso del correo electrónico

El correo electrónico se emplea cada vez más y está sustituyendo en muchos casos al correo postal, pues hace posible que las comunicaciones y las respuestas sean inmediatas. Habitualmente se usa un tono de menor formalidad que con las cartas convencionales.



5.4. Fines de las cartas comerciales.

Mediante las cartas comerciales podemos, por ejemplo, informar a nuestros clientes (de nuevos servicios, ofertas o precios especiales, etc.), enviarles un presupuesto que nos han pedido, solicitarles datos que necesitamos o reclamar el pago de un servicio realizado.

Las cartas a los proveedores también nos servirán para solicitar información sobre sus productos (características, precio, etc.), hacer el pedido de compra de un aparato, reclamar para que nos solucionen un problema, etc.

La estructura de una carta comercial es similar a la referida para los documentos en general. Vamos a explicar dicha estructura, con los detalles específicos de las cartas. Comentaremos un modelo que puede resultar útil, pero no significa que deba seguirse en todos los casos al pie de la letra, no hay un único modo de escribir bien las cartas.

#### – Cabecera

- En el ángulo superior izquierdo está el **membrete**, con la identificación de quien escribe la carta (remitente).  
Las empresas o profesionales suelen tener hojas de papel personalizadas con el membrete ya impreso; en él se indica en todos los casos el nombre y la dirección y con frecuencia otros datos como el logo comercial, la página web, el correo electrónico, etc.
- Algo más abajo y a la derecha del membrete (para que coincida con la ventana transparente que tienen muchos sobres), se escribe el nombre y la dirección del **destinatario** a quien se envía la carta.
- La **datación** (localidad y fecha en las que se escribe la carta) suele situarse un poco más abajo del destinatario, aunque en otros casos puede aparecer en la parte final de la carta.

#### – Contenido o cuerpo de la carta:

En algunas ocasiones, se menciona al principio el asunto de la carta (suele hacerse en las oficiales). Habitualmente incluye:

- **Saludo.** En estas cartas debe ser un saludo formal, de cortesía. Se suelen emplear fórmulas ya establecidas y de uso habitual, como “Señor”, “Distinguida señora”, “Estimados señores”, etc.
- **Texto.** De forma respetuosa (tratando al destinatario de usted), se expone con brevedad y naturalidad lo que queremos comunicar, empleando frases cortas, sencillas y claras.
- **Despedida.** Se usan, como en el saludo, fórmulas de cortesía del estilo de “Atentamente se despide”, “Esperando su respuesta le saluda”, “Reciba un cordial saludo”, etc.

#### – Pie o parte final:

- **Firma.** Indicando el nombre de quien firma (y el cargo que ocupa en la empresa), que se responsabiliza de lo escrito.  
Si firma otra persona distinta con autorización para poder hacerlo, se añade P.O. (por orden) o P.A. (por autorización).
- **Anexo.** Cuando junto con la carta enviamos algún documento añadido, como una factura, un presupuesto, etc., mencionamos cuál es.

#### Partes de una carta

- Cabecera.
- Contenido o cuerpo.
- Pie o final.

#### Recuerda

Cuando escribimos una carta, debemos cuidar mucho la presentación (aspecto de las cartas, buena expresión, corrección ortográfica, cortesía en el trato), ya que influye mucho en la imagen que transmitimos. Una carta mal redactada sugiere que quien la ha escrito no es un profesional bien preparado. En cambio, nuestra imagen se ve reforzada si la elaboramos cuidadosamente.

## >> Caso práctico

### Carta comercial

•• Redacta una carta en la que el Dr. Ruiz comunica a una paciente el cambio de domicilio de su consulta.

### Solución ••

**Dr. Luis Ruiz Ruiz**  
Ginecólogo  
Colegiado n.º 281212  
C/ Sol, 1, 2.º B  
28001 Madrid  
NIF: 13090090-V  
[www.gineruiz.com](http://www.gineruiz.com)



D.ª Prudencia Fernández  
C/ Arenal, 22, 5.º A  
28001, Madrid

Madrid, 22 de mayo de 2007

Estimada señora:

Nos ponemos en contacto con usted para comunicarle que, con el fin de proporcionar la mejor atención a nuestras pacientes, hemos trasladado nuestra consulta.

En el nuevo local de la calle Sol 1, 2.º B, tenemos amplios espacios, la más avanzada tecnología y un grupo de profesionales altamente cualificados que ponemos a su disposición desde el día de hoy. Nuestro horario sigue siendo de 16 a 20 horas de lunes a viernes.

La saluda atentamente,

  
Dr. Luis Ruiz

5.5. Ejemplo de carta comercial.

### Agendas informatizadas

Las aplicaciones informáticas de gestión clínica suelen disponer de una utilidad para planificar la agenda de los profesionales con las citas de los pacientes. Su uso es cada vez más generalizado.

### 3.2 > Agenda de citas en las consultas sanitarias

Una buena organización de las citas de los pacientes es imprescindible para gestionar la atención sanitaria. En los centros de salud y los hospitales hay personal administrativo que se dedica expresamente a estas tareas, casi siempre usando aplicaciones informáticas.

En las consultas privadas, en especial cuando son de pequeño tamaño, este aspecto suele ser parte del trabajo que realiza el auxiliar de enfermería. **Es conveniente pues que aprendamos a confeccionar una agenda profesional** (manualmente o con medios informáticos), ya que no es apropiado que los pacientes esperen más de lo imprescindible en la consulta, ni tampoco que existan tiempos muertos en el trabajo del facultativo con el que colaboramos.

Si estamos trabajando en un centro en el que prestan servicio varios profesionales, cada uno de ellos dispondrá de una agenda.

Las agendas manuales pueden ser de diversos tipos. Normalmente están organizadas en forma de dietario, con una hoja para cada día. Deben estar definidos los días de la semana en los que hay consulta y los bloques horarios en los que esta se desarrolla; cada día ordenaremos las visitas por orden cronológico.

Conviene que incluyamos en la agenda diversos datos útiles para gestionar las citas de los pacientes, como pueden ser los siguientes:

- Nombre y apellidos del paciente.
- Número de teléfono. Necesario para avisarle de posibles anulaciones o cambios, así como para recordarle la cita si esta se programó con mucha antelación.
- Motivo de la visita. Para prever el tiempo que le reservaremos. Por esto es conveniente tener fijada la duración habitual de cada motivo, pues facilita un uso óptimo del tiempo de consulta.
- Puede ser de interés indicar si el paciente abonará personalmente la consulta o lo hará la entidad de seguro de asistencia sanitaria a la que pertenece.
- Otros datos. Si la cita necesita algún tipo de preparación específica (como el instrumental no habitual que debemos disponer con antelación en un caso determinado).

También es conveniente, cuando llegue el momento, verificar si efectivamente la cita ha tenido lugar con normalidad o si ha habido alguna incidencia destacable como anulaciones o cambios.

Las indicaciones del profesional con el que trabajamos y nuestra propia experiencia nos servirán para prever el número de visitas que razonablemente pueden ser atendidas cada día (teniendo en cuenta la duración prevista según los motivos de consulta), si conviene o no incluir intervalos entre citas (posibles descansos, recogida de material y preparación de la visita siguiente, etc.), si es razonable tener la precaución de dejar tiempo para citas urgentes o de última hora, etc.

Es útil preparar, para uso del facultativo, un **listado diario del plan de visitas** con el nombre de los pacientes, el horario de entrada de cada uno y el motivo de la visita. Los programas informáticos de gestión clínica los generan con facilidad.

#### Otros datos en las agendas

En la agenda podemos dejar indicadas otras actividades profesionales distintas a las citas con los clientes: visitas de representantes de laboratorios farmacéuticos o casas comerciales, reuniones de trabajo, asistencias a seminarios o congresos, etc.

## >> Actividades propuestas

5•• Siguiendo el modelo del caso práctico resuelto, redacta una carta en la que el doctor Ruiz comunique a su paciente, D.<sup>a</sup> Prudencia, que su clínica oferta cursos de preparación al parto y que además le envía como anexo un presupuesto que había solicitado.

6•• Confecciona la agenda de citas del doctor Ruiz para un día de su trabajo (16 a 20 horas).

Han de aparecer pacientes de varias entidades de seguro médico, con al menos tres diferentes motivos de consulta (invéntalos), con distintas duraciones previstas.

## 4 >> Documentación no clínica

Forman parte de la documentación no clínica los documentos que se emplean en los centros sanitarios en las actividades de gestión y administración relacionadas con la atención a los pacientes.

Estos documentos son muy variados, dependiendo del tipo de institución en la que nos encontremos. Su finalidad es la de dejar constancia escrita de las gestiones y caracterizar dichos actos administrativos para que puedan llevarse a cabo de forma ordenada y sin errores.

Como ya hemos mencionado repetidamente, las actividades de gestión en muchos trabajos, tanto de atención sanitaria como de cualquier otro tipo, se llevan a cabo cada vez en mayor medida usando aplicaciones informáticas, que facilitan y agilizan estas tareas. **Los programas informáticos de gestión se encargan también de generar los documentos necesarios.** Así es como se trabaja en prácticamente todos los centros hospitalarios.

Vamos a comentar algunos ejemplos (hay otros similares) de documentos no clínicos que se usan en los hospitales para la gestión cotidiana, facilitando la comunicación entre las unidades de enfermería y diferentes organismos del hospital.

- **Documentos de petición y recepción de material.** Para solicitar al almacén del hospital productos que se usan en la atención sanitaria (por ejemplo, antisépticos, vendas, sondas, etc.) (Figura 5.6).



**Hospital  
Comarcal del Sur**

**ALBARÁN DE PREPARACIÓN**

28/09/07      9:52:48  
Pág. 2

Nº Pedido Transf.: 07PT007935

Camino del Molino, 2  
28942 Fuenlabrada  
Madrid

N.I.F.: Q2801276C  
Nº teléfono Extensión 6121 / 6565

**PRODUCTOS DE CARRUSEL**

ALMACEN: H3E      HOSPITALIZACIÓN 3E  
GFH: 31-1 H3E      UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN 3E

CARR.	UBICAC.	CÓDIGO ART.	DESCRIPCIÓN ARTÍCULO	CDAD. PTE.	UNIDAD MEDIDA	UD. VENTA	EXIST.
				5	UD.	CAJA12	387
Sí	CARRU	P01049	ESPARADRAPO TIPO 'SEDA' 2,5X10	4	UD.	CAJA12	316
Sí	CARRU	P01053	ESPARADRAPO PLASTICO 2,5X10	60	UD.	UD.	7.853
Sí	CARRU	P01058	APOSITO PROTECCION CENTRAL 6X7	2	UD.	UD.	422
Sí	CARRU	P01311	PINZA CLAMP DE PLASTICO	100	UD.	CAJA100	14.035
Sí	CARRU	P01476	TIRA GLUCEMIA CAPILAR	3	UD.	UD.	601
Sí	CARRU	P04274	ALARGADERA DE OXIGENO DE 2,12 M	2	UD.	UD.	183
Sí	CARRU	P06448	INMOVILIZADOR DE HOMBRO TEXTIL C/CIERRE VELCRO C	300	UD.	CAJA100	64.300
Sí	CARRU	P07832	AGUJA DE MEDICACION CALIBRE 18G X 1 1/2"	3	UD.	UD.	337
Sí	E2D-CARRU	P01374	BOLIGRAFO COLOR AZUL				

5.6. Documento de almacén con la petición de material por parte de una unidad hospitalaria.

Puede ser responsabilidad del auxiliar, en este caso y en otros de los que se citan a continuación, comprobar en el momento de la recepción del pedido que coinciden los listados de solicitud con el material que llega.

- **Documentos de envío o de petición de material al servicio de esterilización.** Con el material que se envía para ser esterilizado se adjunta un listado detallado de dicho material. Para pedir material esterilizado al citado servicio, se emplean documentos similares a los anteriores en los que se enumeran los diversos productos que necesitamos y sus respectivas cantidades.
- **Petición y recepción de medicamentos.** Está en desuso el sistema tradicional por el que se solicitan al servicio de farmacia, de forma conjunta, los medicamentos prescritos a todos los pacientes de la planta o unidad para después repartirlos en la propia planta a cada enfermo.

Se usa el sistema de dosis unitarias o unidosis:

- Se envía a farmacia hospitalaria desde cada unidad asistencial la petición individualizada de los medicamentos prescritos cada día a cada paciente.
- El servicio de farmacia hospitalaria, mediante sistemas automatizados, prepara por separado la medicación diaria de cada paciente (en dosis unitarias identificadas, listas para su administración directa) en carros de dosis unitarias que se servirán a las unidades de hospitalización (Figuras 5.7 y 5.8).



5.7. Carro de dosis unitaria.



**Hospital Comarcal del Sur**

Viernes, 28 de Septiembre de 2.007

**SERVICIO DE FARMACIA**

**SISTEMA DE GESTION DE FARMACIA HOSPITALARIA**

**Inf. verificación del turno 1**

Desde: UE-2B-1  
Hasta: UE-2B-1

Fecha/hora realización listado 28/09/2007 11:18

Carro: UE-2B-1

**Cama:** 2B-08

**Paciente:** María Aaaa Bbbbb

Unidades	Producto	Via	Dosis	Secuencia H.	Pauta	Estado
1	CEFTRIAXONA 2G IV VIAL (C)	IV	1 VIAL	Cada 24 horas	DIARIA	
4	METAMIZOL MAGNESICO 2G AMP 5ML. (C) <small>Obs: ver nota</small>	IV	1 AMPOLLA	CADA 6 HORAS	DIARIA	
3	METOCLOPRAMIDA 10MG AMP 2ML	IV	1 AMPOLLA	CADA 8 HORAS	DIARIA	
1	OMEPRAZOL 40 MG VIAL (NUEVO)	IV	1 VIAL	Cada 24 horas	DIARIA	
3	PARACETAMOL 10MG/ML VIAL 100ML	IV	1 VIAL	CADA 8 HORAS	DIARIA	
4	POTASIO, CLORURO 1M AMP 10ML	IV	4 AMPOLLA	Cada 24 horas	DIARIA	

5.8. Documento del servicio de farmacia con la medicación diaria individual para un paciente (sistema de dosis unitarias).



### Tarjeta sanitaria individual (TSI)

Es un documento administrativo de carácter personal ideado para identificar y facilitar el acceso de los ciudadanos a la atención sanitaria que proporciona el SNS. Es emitida por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y es válida en todo el territorio nacional.

Contiene, entre otros, los siguientes datos:

- Administración sanitaria que emite la tarjeta.
- Apellidos y nombre del titular de la tarjeta.
- Código de identificación personal del titular.

Mediante el código de identificación personal, único y vitalicio para cada individuo, permitirá, bajo las normas legales de confidencialidad y seguridad, acceder a la información clínica de cada paciente que sea relevante para su atención en cualquier punto del sistema (Figura 5.11).



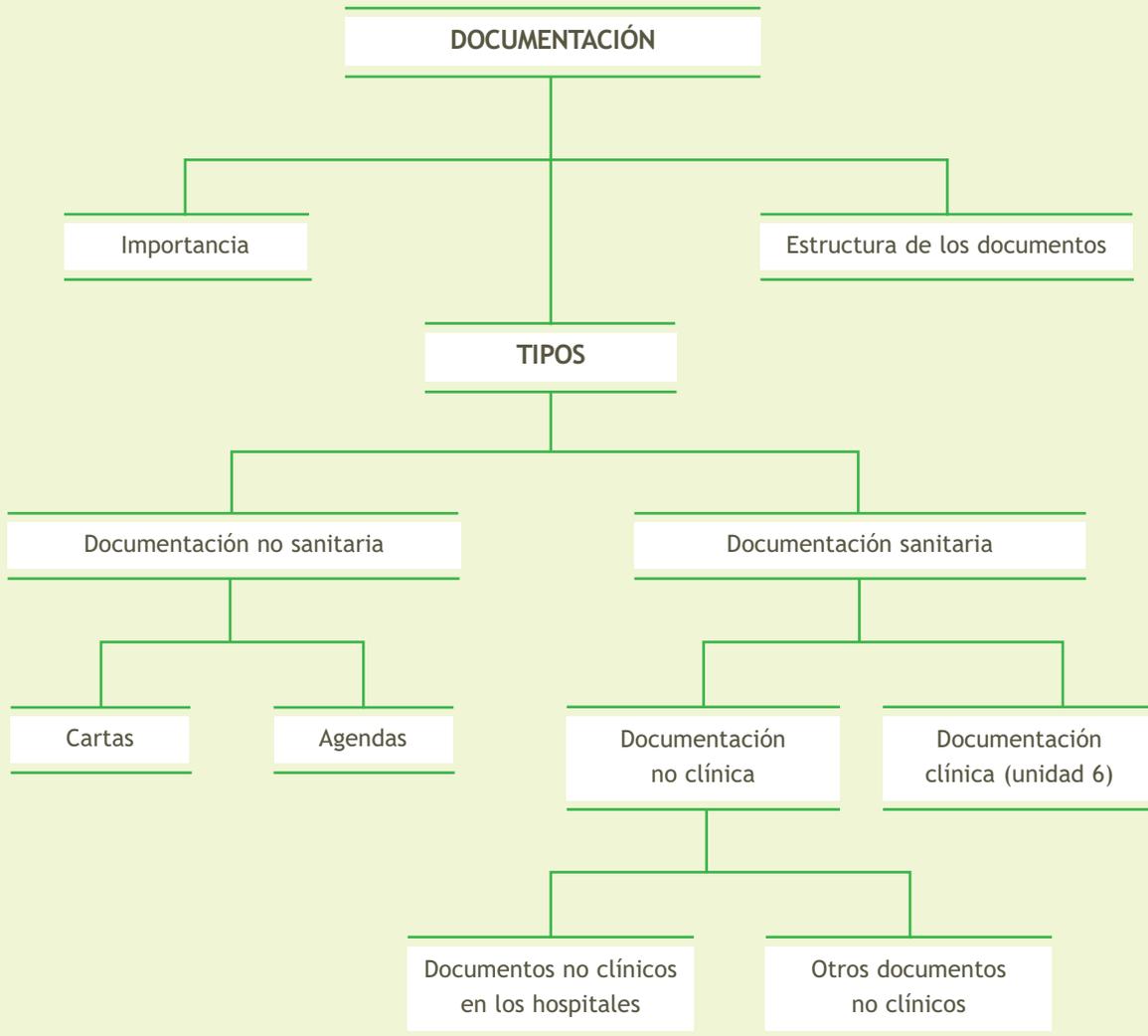
5.11. Tarjetas sanitarias individuales (TSI).

### >> Actividades propuestas

7• Usando el modelo de la Figura 5.10 confecciona la planilla de dietas de la planta de medicina interna, en la que están ingresados 20 pacientes, de los cuales 8 reciben dieta basal, 5 dieta blanda, 2 dieta triturada (*turmix*), 2 dieta líquida, 2 dieta sin sal y 1 dieta con 40 g de proteínas.

8• Identifica en tu propia tarjeta sanitaria individual los datos citados en la unidad que aparecen en ella. ¿Cuáles son los que se encuentran en la etiqueta adherida en el dorso de la tarjeta?

## ● Ideas clave



**>> Actividades finales****.: CONSOLIDACIÓN .:**

1• Define los siguientes conceptos explicados en la unidad:

- a) Documentación.
- b) Documentación clínica.
- c) Documentación no clínica.
- d) Tarjeta sanitaria individual.

2• ¿Hay que archivar todos los documentos que se manejan en una consulta sanitaria? Explica por qué se deben guardar cuidadosamente documentos importantes como los de la historia clínica de los pacientes que son atendidos en un hospital.

3• Comenta las funciones que pueden cumplir las cartas comerciales para un profesional sanitario, tanto de clientes como de proveedores.

4• Indica al menos 5 datos concretos que deben aparecer en la hoja de un día cualquiera de la agenda de citas de un profesional sanitario.

5• Cita tres ejemplos de documentos no clínicos mencionados en la unidad y comenta para qué sirve cada uno de ellos.

**.: APLICACIÓN .:**

En todas las actividades de aplicación debes tener en cuenta la estructura general de los documentos y los diversos datos que necesariamente tienen que aparecer, como por ejemplo la identificación de la persona o entidad que elabora el documento y la identificación del destinatario, el lugar y la fecha, etc.

1• Escribe una carta enviada por un profesional médico propietario de una consulta privada que está interesado en la compra de un electrocardiógrafo, solicitando a una casa de material médico el catálogo con información detallada (identificación, características técnicas, precios, ofertas especiales) de los modelos de dicho aparato de los que dispone.

2• Elabora la agenda de citas de una semana de un odontólogo teniendo en cuenta los datos que se indican a continuación:

- Trabaja dos horas y media diarias durante tres tardes a la semana.
- Deben aparecer seis motivos distintos de consulta, con una duración estimada de cada una de ellos que puede variar entre 10 y 45 minutos.
- El primer día tiene cita con un agente comercial de la casa Pro dental SA y el tercer día tiene prevista una reunión de trabajo de unos 15 minutos con los otros doctores de la consulta.

3• Redacta un documento de petición, desde el servicio de cirugía general al almacén del hospital en el que supuestamente trabajas como auxiliar de enfermería, de cantidades diversas de cuatro productos de uso habitual en dicho servicio. Si lo deseas, puedes usar como ayuda el impreso de la Figura 5.6, adaptándolo y simplificándolo si quieres.

4• A partir del modelo de la Figura 5.6, elabora un documento con el listado de material (incluye diversas cantidades de al menos cuatro tipos distintos de instrumental) que desde el quirófano número 1 del hospital en el que estás trabajando se envía el día de hoy al servicio de esterilización de dicho hospital.

## \* Caso final

### Elaboración de cartas y agendas

•• Estás trabajando como auxiliar de enfermería en la consulta privada de D.<sup>a</sup> Paula Gutiérrez Gil, pediatra. Pasa consulta cuatro horas diarias (16 a 20 horas) tres días a la semana (lunes, martes y jueves), con un descanso de 10 minutos en torno a las 18 horas. Conocemos los datos de la tabla siguiente.

Código	Motivo de atención	Duración prevista (minutos)	Precio por unidad (€)
01	Consulta básica.	10	30
02	Revisión niño < 2 años.	25	50
03	Revisión niño ≥ 2 años.	20	40
11	Análisis sistemático de sangre.	5	35
12	Análisis sistemático de orina.	5	35
21	Radiografía simple.	15	60
31	Vacunación.	5	20

Utiliza un procesador de textos (el de Open Office o Microsoft® Word, por ejemplo) para responder a las cuestiones planteadas.

1. Escribe en nombre de D.<sup>a</sup> Paula una carta dando a conocer a los padres de uno de sus pacientes el nuevo horario de la consulta y los nuevos precios y recordando que sigue atendiendo a pacientes de las distintas entidades de seguros de asistencia médica. En el membrete debes indicar además del nombre y la dirección de la doctora, la titulación y el n.º de colegiado.
2. Acuerda por carta la visita de un representante de la casa MEDIC2000 de productos sanitarios, pues la doctora está interesada en la adquisición de mobiliario clínico a dicha casa comercial.
3. Elabora la agenda de citas de la consulta de una semana, teniendo en cuenta que:
  - Han de estar presentes ejemplos de pacientes con todos los motivos citados y de al menos cuatro entidades de seguro.
  - Prefiere las vacunaciones y revisiones de niños menores de 2 años en la primera hora.
  - El segundo día recibe (en la parte final) al representante de MEDIC2000 con el que había acordado una visita.
  - El tercer día tiene prevista una reunión de trabajo de unos veinte minutos con otros colegas que incluirá la pausa del descanso.
  - Suponiendo que ya han tenido lugar dichas citas con varias incidencias (una anulación, un cambio para el mismo día de la semana siguiente y una cita urgente no prevista que se atendió a última hora del segundo día), muestra cómo quedaría la agenda de la semana.
4. Confecciona el listado de pacientes que deberías entregar cada día al principio de la consulta.



## REGISTROS DE ENFERMERÍA:

# CUIDADOS DE CALIDAD

Cuando oigo a una enfermera decir “estudié enfermería para cuidar a pacientes, no para hacer papeles”, me pregunto si ha considerado de qué manera los malos registros afectan a la calidad de los cuidados de los pacientes. Nuestra práctica de enfermería y los estándares profesionales requieren registrar, y los registros son necesarios para los pacientes. Mediante estos seguimos los cambios del estado del paciente, tomamos decisiones relacionadas con sus necesidades y aseguramos la continuidad de los cuidados. Unos buenos registros ahorran el tiempo, el esfuerzo y el dinero necesarios para administrar cuidados de alta calidad al paciente.

¿Ha valorado alguna vez a un paciente al comienzo de su turno y ha comparado sus hallazgos con los del final de su jornada de trabajo para evaluar su evolución? Si la enfermera anterior anotó sus observaciones de forma correcta, se podrán tomar, de forma eficaz, buenas decisiones de enfermería. Si las anotaciones están mal hechas, perderemos tiempo buscando respuestas, comprometiendo la calidad de los cuidados que administramos. Al documentar de forma adecuada nuestros hallazgos e intervenciones, proporcionamos a los futuros lectores todas las herramientas necesarias para asegu-

rar, de forma oportuna, la continuidad de cuidados para el paciente.

Para que sea significativa, la documentación debe tener sentido y comunicar lo que se pretende decir. Si cumple estas reglas básicas, los registros tendrán valor para la enfermera del siguiente turno.

Después del registro, debemos leer lo que hemos escrito y preguntarnos: “Si yo fuera la próxima enfermera responsable del cuidado de este paciente, ¿me permitirían estas notas tomar unas buenas decisiones de enfermería? ¿Podría decir si el estado del paciente ha cambiado, si he cubierto sus necesidades y si he cumplido con mis deberes?”.

La documentación no es una tarea incómoda. Es una herramienta que utilizamos para garantizar cuidados de alta calidad al paciente. Una mala documentación desperdicia tiempo e invita a errores que pueden perjudicar o incluso matar a los pacientes. Una buena documentación minimiza el riesgo de errores, asegura la continuidad de los cuidados y ahorra tiempo y dinero. Proteja a sus pacientes con buenos hábitos de registro como parte de su rutina.

Fuente:

Revista *Nursing*  
[www.doyma.es](http://www.doyma.es)

### >> Actividades

1•• Comenta la importancia de la documentación en los cuidados de enfermería. Indica las ventajas que se derivan de una documentación adecuada y los inconvenientes cuando esta es errónea o incompleta.



u  
n  
i  
d  
a  
d

# 6

## Documentación clínica

### SUMARIO

- Historia clínica
- Historia clínica hospitalaria
- Historia clínica en atención primaria
- Otros documentos clínicos
- Archivos clínicos

### OBJETIVOS

- Analizar las funciones y características de la historia clínica.
- Identificar los principales documentos de la historia clínica hospitalaria.
- Conocer las características de la historia clínica en atención primaria.
- Explicar los diversos sistemas de archivos clínicos.

## 1 >> Historia clínica

La documentación clínica se refiere a la generada en la atención sanitaria al paciente. La más importante es la que forma la historia clínica, que es el conjunto de documentos en los que se recoge la información relacionada con el estado de salud/enfermedad del paciente obtenida a lo largo de la atención sanitaria.

La Ley 41/2002, reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, establece los aspectos básicos de la historia clínica (HC). Varias Comunidades Autónomas han ido dictando a lo largo de los últimos años normas reguladoras más detalladas. Esta Ley dice que todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia (escrita o en el soporte más adecuado) de la información obtenida en todos los procesos de asistencia sanitaria.

Existen **distintos tipos** de historia clínica. Los de mayor importancia son la **HC hospitalaria** y la **HC en atención primaria**, que comentaremos más adelante. Además la historia clínica se usa en todo tipo de centro sanitario, como las consultas médicas privadas. En estos casos suele ser mucho más sencilla.

La **principal función de la historia clínica es la asistencial**. Es imprescindible para una atención sanitaria de calidad, pues contiene los datos que hacen posible el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la evolución del paciente y es el medio idóneo para transmitir la información entre los profesionales que lo atienden. Además tiene otras funciones que se refieren en la siguiente tabla.

Funciones de la historia clínica	
Asistencial	La primera y más importante.
Docente	Facilita la formación inicial y continuada de los profesionales sanitarios.
Investigación	Proporciona muchos datos para los estudios médico-sanitarios, epidemiológicos, etc.
Gestión sanitaria	De gran utilidad para la evaluación de la calidad de la atención, así como para la planificación y gestión de los recursos sanitarios.
Jurídico-legal	Muestra cómo se ha desarrollado la atención sanitaria y si ha sido adecuada o no, por lo que es clave en reclamaciones, procesos judiciales, etc.

### Requisitos y características de la historia clínica

1. Cada paciente ha de tener una historia clínica **única**, al menos en cada centro sanitario en el que es atendido. Se pretende que en el futuro, gracias a los medios informáticos, sea posible la HC única en todo el Sistema Nacional de Salud, o al menos que se compartan los datos básicos de las historias clínicas que un paciente tenga en distintos centros sanitarios públicos.

### Definición legal de historia clínica

La Ley 41/2002 define historia clínica como "el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial".

### Soportes de la HC

Aunque cada vez es más común el uso de medios informáticos para elaborar y archivar la historia clínica, se sigue empleando la HC en papel.

### Recuerda

Sin una buena historia clínica es imposible prestar una atención sanitaria de calidad.

### Mínimos de calidad para las historias clínicas. Recomendaciones OMS

- Identificación clara del paciente.
- Identificación de los profesionales que lo atienden.
- Legible e inteligible para personal cualificado.
- Fiabilidad, concisión y organización lógica.
- Resistencia al deterioro.
- Accesibilidad.

## Identificador de la HC

Para evitar confusiones y duplicidades es imprescindible un identificador de la historia clínica, que se asigna a esta cuando se abre y que deberá aparecer en todos sus documentos. Este casi siempre es numérico, el **n.º de historia clínica**. Suele ser un número secuencial, generado por el sistema informático del centro sanitario. En algunos casos se usan otros identificadores: el n.º de la tarjeta sanitaria individual, el DNI o combinaciones de números y letras (fecha de nacimiento e iniciales de apellidos).

## Confidencialidad

La Ley 41/2002, entre otras manifestaciones sobre este asunto, dice literalmente lo siguiente:

- Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.
- La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida. El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

A lo largo del tiempo en el que el paciente es atendido en un mismo centro se va generando mucha información. Toda esta información **se va acumulando e integrando en un único expediente**, gracias a lo cual conseguiremos un conocimiento, actualizado y completo de su estado de salud.

2. Debe ser **archivada de forma segura**, sea cual sea el soporte (papel, informático, etc.), en el que se encuentre, **haciendo posible el acceso a la HC** a quienes legalmente puedan hacerlo y evitando su destrucción o pérdida accidental.
3. Debe **permitir la identificación de los profesionales** que intervienen en los procesos asistenciales, que suelen ser varios en la atención hospitalaria; lo exige la actual normativa y puede ser de importancia desde el punto de vista jurídico-legal.
4. Es un **documento privado y confidencial**. Los datos relacionados con la salud se consideran en nuestras normas legales (la principal en este sentido es la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal) como “especialmente protegidos”. Contiene información reservada que se nos confía para hacer posible la atención sanitaria, por lo que el acceso a estos datos queda limitado a los profesionales que le asisten y al propio paciente. **La confidencialidad es un derecho del paciente y es obligación del personal sanitario que le atiende guardar el secreto profesional**. Debemos ser discretos, manejar con cuidado esta información y evitar comentarios innecesarios.

En los casos en los que se use la HC para fines distintos al asistencial (docencia, investigación científica, etc.), deben preservarse los datos de identificación personal del paciente. Por exigencia legal expresa, los centros sanitarios (y los profesionales que trabajan de forma privada) deben garantizar estos derechos mediante sistemas de archivo y custodia adecuados.

## El registro de información en la HC

Debe ser **veraz** (lo que se escribe es cierto, nunca hay que registrar lo que no se ha realizado), **completo** (no debe omitirse información relevante ni hay que olvidar anotar lo que se ha hecho), **claro y legible** (evitando el uso de abreviaturas y términos confusos; si está escrito a mano debe ser con tinta y con letra que se entienda bien). Debe constar la **fecha** en la que se hace y la **identificación** de quien escribe.

## >> Actividades propuestas

- 1•• Explica la siguiente afirmación: “la historia clínica debe ser única, acumulativa e integrada”.
- 2•• Vamos a suponer que trabajas en un hospital como auxiliar de enfermería. ¿Puedes comentar en casa detalles del estado de salud de una persona de tu barrio que está ingresada en la unidad en la que estás trabajando?

## 2 >> Historia clínica hospitalaria

La historia clínica hospitalaria (HCH) es la más compleja, pues debe recoger la gran cantidad de información que se genera en la atención especializada que recibe el paciente: en ella participan distintos profesionales sanitarios y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se usan pueden ser múltiples y variados.

Los principales documentos de la HCH son muy similares en los hospitales; pueden variar ligeramente el nombre, el diseño del contenido de cada documento o el orden que siguen en la HC. Suelen estar codificados y a veces llevan un código de barras para facilitar su manejo.

### Contenido mínimo de la HCH (Ley 41/2002)

1. Documentación relativa a la hoja clínico-estadística.	9. Consentimiento informado.
2. Autorización de ingreso.	10. Informe de anestesia.
3. Informe de urgencia.	11. Informe de quirófano o de registro de parto.
4. Anamnesis y exploración física.	12. Informe de anatomía patológica.
5. Evolución.	13. Evolución y planificación de cuidados de enfermería.
6. Órdenes médicas.	14. Aplicación terapéutica de enfermería.
7. Hoja de interconsulta.	15. Gráfico de constantes.
8. Informes de exploraciones complementarias.	16. Informe clínico de alta.

En cuanto a su formato, los documentos de la HCH deben tener la estructura general que ya vimos en la unidad 5.

Además del nombre y código del documento, están presentes:

- Identificación del centro hospitalario (y de la unidad o servicio).
- Identificación del paciente: n.º de HC, nombre y apellidos, sexo, habitación y cama en la que está hospitalizado y a veces otros datos. Cada vez se usan más las etiquetas adhesivas generadas por ordenador, para evitar errores y datos incompletos.
- Contenido específico de cada documento.
- Identificación de los profesionales que participan en la asistencia. Con frecuencia han de firmar.
- Fecha (y en algunas ocasiones la hora) del registro.

Nos puede resultar útil clasificar los numerosos documentos de la HCH en dos grupos: documentos médicos y documentos de enfermería.

### 2.1 > Documentos médicos

Están relacionados con la atención médica y cumplimentados por los médicos que atienden al paciente.

Vamos a comentar brevemente los de mayor interés.

#### HCH diferentes

No existe un único modelo de historia clínica hospitalaria. Además de la Ley estatal 41/2002 en la que se tratan algunos aspectos básicos, varias Comunidades Autónomas la han regulado de forma más o menos pormenorizada. Luego, la comisión de historias clínicas de cada hospital, teniendo en cuenta estas normas, decide cómo será en este centro y diseña los documentos que la integran y el orden en el que se colocan.

#### Ficha índice del paciente

Cuando se abre una nueva HC, el sistema informático del centro sanitario genera una ficha resumen o ficha índice del paciente, que contiene el número de historia clínica y los principales datos de identificación del paciente (nombre y apellidos, DNI, sexo, fecha de nacimiento, etc.). Además de almacenar todos estos datos, sirve para generar las etiquetas adhesivas que se usan en los diversos documentos de la HC.



- **Informes de exploraciones complementarias.** Recogen los resultados relevantes de dichas pruebas. Pueden ser de diversos tipos: de laboratorio, de anatomía patológica o citología, de imagen para el diagnóstico, de endoscopias, etc. (Figura 6.3).

Aunque no se emplean en todos los casos, con frecuencia pueden ser necesarios algunos de los siguientes documentos.

- **Hoja de interconsulta.** Contiene la petición motivada de consulta a otro servicio o unidad hospitalaria distinta a donde está ingresado el paciente, así como el informe de respuesta del servicio consultado (Figura 6.4).
- **Informe de anestesia.** Con la información proporcionada por el anestesista de la valoración previa, la actividad durante la intervención quirúrgica y el postoperatorio.
- **Informe quirúrgico.** Recoge la información detallada de la operación quirúrgica, con datos del equipo que participa, intervención realizada con su protocolo, incidencias y hallazgos, etc. Similar es el **registro del parto**, en el que se reúne la información relacionada con el parto.
- **Informe de urgencias.** Se usa en los casos en los que un paciente es atendido en urgencias. Resume la asistencia sanitaria urgente y se incorporará a la HCH si el paciente es ingresado en el hospital. Si no es ingresado, suele archivar en el servicio de urgencias.

**Hospital Comarcal del Sur**

**ENDOSCOPIA**

APellidos: \_\_\_\_\_ N.º HISTORIA: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Servicio Hospital: \_\_\_\_\_ Cama Hospital: \_\_\_\_\_  
 SILEO AMBULATORIO  DR. SOLICITANTE

**SOLICITUD**

MOTIVO: \_\_\_\_\_  
 URGENTE  PREFERENTE  NORMAL

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: \_\_\_\_\_  
 EXPLORACIÓN SOLICITADA: \_\_\_\_\_ FECHA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

**INFORME**

DE: \_\_\_\_\_ REALIZADO POR DR.: \_\_\_\_\_  
 FRECUENCIA: \_\_\_\_\_ ANESTESIA-ANALGESIA: \_\_\_\_\_  
 TOLERANCIA:  BUENA  REGULAR  MALA ENDOSCOPIO: \_\_\_\_\_  
 DESCRIPCIÓN ENDOSCÓPICA: \_\_\_\_\_ FECHA EXPLORACIÓN: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO: \_\_\_\_\_  
 INDICACIÓN QUIRÚRGICA: \_\_\_\_\_  
 MUESTRAS RECOGIDAS:  CITOLOGÍA  BIOPSIA  CULTIVO

DIAGNÓSTICO ANATOMO-PATOLÓGICO: \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO FINAL: \_\_\_\_\_  
 SUPERVISADO DR.: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

ENDOSCOPIA 73

6.3. Informe de endoscopia.

**Hospital Comarcal del Sur**

**ETIQUETA**

Servicio: \_\_\_\_\_ Jefe: Dr. \_\_\_\_\_  
 Ambulatorio  Hospital  Planta: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

**PETICION DE CONSULTA**

**PETICION DE CONSULTA**  Urgente  Ordinario

Al servicio de: \_\_\_\_\_  
 Se ruega: \_\_\_\_\_  
 Motivo: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Firma y Código: \_\_\_\_\_

**Informe:** \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Firmado por: \_\_\_\_\_

1.5

6.4. Hoja de interconsulta.

### Contenido del informe de alta

Cuando ha habido un ingreso hospitalario, debe contener al menos:

- Identificación completa del paciente.
- Identificación del hospital, servicio y médico responsable.
- Proceso asistencial: fecha y motivo del ingreso de alta; resumen de la actividad asistencial (con los resultados de las pruebas complementarias); diagnóstico principal y otros diagnósticos; procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos y otros procedimientos médicos relevantes y recomendaciones terapéuticas.

Además del informe de alta, el consentimiento informado y el alta voluntaria, que son comentados a continuación, pueden existir en la HCH otros muchos documentos, como por ejemplo, las radiografías o documentos de imagen similares, las peticiones de exploraciones complementarias o de transfusiones de sangre, el informe de necropsia, etc.

- **Informe de alta.** Resume el proceso asistencial una vez terminado. Es el documento emitido por el médico responsable al finalizar cada episodio asistencial de un paciente que especifica los datos de este, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas (Figura 6.5).

En nuestras normas legales se recoge que es un **derecho del paciente** y una obligación del centro sanitario, que deberá entregarle una copia.

Hospital Comarcal del Sur		INFORME DE HOSPITALIZACIÓN	
<b>DATOS ADMINISTRATIVOS</b>			
Nº de Historia Clínica: 1000003	Nº de Acto Clínico: 2939036	CIAS:	
1er. APELLIDO: XXXXXXX	CIP: XXXX123456789100	Nº SS: 28/0000089000	
2do APELLIDO: YYYYYYY	Dirección:	C.P.:	
NOMBRE: AAAAAAA	Población:		
EDAD: 32 Años	SEXO: Hombre	Telefonos:	Garante:
Financiador: SEGURIDAD SOCIAL	DNI/Pas.		
<b>DATOS ASISTENCIALES</b>			
SERVICIO/UNIDAD: ZZZZZZZZ	MÉDICO RESPONSABLE: AAAA. BBBB. CCCC.		
Fecha de ingreso: 26/10/2007 14:31	Fecha de Alta: 31/10/2007		
CENTRO de SALUD:	CIAS:		
<b>Motivo de consulta:</b>			
<b>Antecedentes Personales:</b>			
<b>Historia Actual:</b>			
<b>Exploración:</b>			
<b>Datos complementarios:</b>			
<b>Comentarios y Evolución:</b>			
<b>Juicio Clínico:</b>			
<b>Tratamiento:</b>			
<b>Revisión:</b>			
Control por médico de familia.			
Fdo: 31/10/2007 Dr./Dra. AAAA. BBBB. CCCC.			
<b>OBSERVACIONES:</b>			
		E.02.01	Página 1 de 1

En cumplimiento de la LOPD 15/99 se informa que sus datos identificativos y de salud serán objeto de tratamiento e incorporados a los ficheros de datos sanitarios cuya titularidad corresponde al Ente Público Hospital de Fuenlabrada. Los datos únicamente serán utilizados con fines asociados a la atención y gestión sanitaria, investigación, docencia y seguimiento asistencial, estando prevista su comunicación a organismos públicos con competencia en materia sanitaria. El órgano ante el que podrá ejercer los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición de datos es la Dirección Gerencia del Hospital.

6.5. Modelo de Informe de alta.

**El respeto a la autonomía del paciente**

Todo paciente o usuario, una vez que ha recibido la información adecuada, tiene derecho a decidir libremente sobre la asistencia sanitaria que le prestan, así como a negarse al tratamiento (con ciertas excepciones).

El consentimiento informado es 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. Suele ser verbal, pero necesariamente ha de ser por escrito, mediante el documento de **consentimiento informado**, en intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y en general en tratamientos que supongan riesgos o inconvenientes notorios para la salud del paciente. El médico debe informar de los riesgos de forma clara, comprensible y concreta. El documento será firmado por el paciente o su representante legal (Figuras 6.6 y 6.7).

**CONSENTIMIENTO INFORMADO: PAROTIDECTOMIA**

<b>DATOS ADMINISTRATIVOS</b>		
Nº de Historia Clínica: 999999	Nº de Acto Clínico: 1111111	CIAS:
Tr. APELLIDO: Aaaaaaa	CIP-MNDS:7777777 010	Nº SS: 2801111111
3do APELLIDO: Bbbbb	Dirección: Avda DE LAS NACIONES	
NOMBRE: SARA	Población: Fuentelabrada	C.P.: 28943
EDAD: 23 Años	SEXO: Mujer	Teléfonos: 91 999 99 99
DNI/Pas.: 77777777-Y	Financiador:	Garante:

D./Dña: **SARA Aaaaa Bbbbb**, con DNI/Pasaporte nº 77777777-Y en calidad de paciente o, en su defecto D./Dña con DNI/Pasaporte nº como Representante y/o Tutor del paciente, mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto que:

He sido informado de forma satisfactoria por el Dr/Dra. **María Ttttt Rrrrr** adscrito a la unidad de Otorinolaringología de los siguientes puntos: qué es, como se realiza, para qué sirve, los riesgos existentes, posibles molestias o complicaciones y alternativas al procedimiento.

Descripción del procedimiento diagnóstico o quirúrgico susceptible de autorización: **PAROTIDECTOMIA**.

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **PAROTIDECTOMIA**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:**

Llamamos parotidectomía a la técnica quirúrgica que tiene como objetivo la extirpación, total o parcial, de la glándula parótida, que es una glándula situada por delante y debajo de la oreja, y cuya finalidad es la producción de saliva, que se vierte a la boca por un fino conducto.

Se aconseja la extirpación de dicha glándula cuando está afectada por quistes y tumores, tanto benignos como malignos por una inflamación crónica que no cede con tratamiento médico; y por las llamadas litiasis –cálculos– que no se han podido extraer por la boca, debido a su localización y tamaño.

La intervención se realiza bajo anestesia general, a través de una incisión que se hace en la piel de la parte alta y lateral del cuello y por delante de la oreja. La parotidectomía puede ser parcial, extrayéndose la mitad externa de la glándula, o total. Ocasionalmente, puede ser necesario ampliar la extirpación a otras zonas como el oído, la mandíbula, etc., cuando las lesiones son muy extensas.

Puede ser necesario añadir algún tratamiento complementario tras la cirugía, como la radioterapia o la quimioterapia. Tras la operación será colocado, generalmente, un vendaje compresivo y, en algunos casos, un pequeño tubo de drenaje que será retirado en unos días.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, si la lesión es maligna, el retraso en el tratamiento puede hacer inoperable la lesión del paciente. El crecimiento del tumor puede provocar afectación del nervio facial y de estructuras adyacentes, así como la difusión del proceso tumoral. Si la causa de la intervención es la afectación crónica de la parótida persistirán los síntomas de la misma.

**BENEFICIOS ESPERABLES:** Diagnóstico definitivo y curación del proceso, evitando las complicaciones secundarias de evolución del mismo.

**PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS:** No se conocen otros métodos de contrastada eficacia. En caso de tumores malignos puede existir la alternativa de la radioterapia o de la quimioterapia, si bien son alternativas que deben de discutirse con el médico ya que pueden contar con menores probabilidades de éxito.

Fuentelabrada, a 10/10/2007 Firma del Paciente / Representante y/o Tutor	Fuentelabrada, 10/10/2007. Identificación y firma del médico que informa
---	---

Nota: Se deben firmar todas las páginas. C.32.20 Página 1

**CONSENTIMIENTO INFORMADO: PAROTIDECTOMIA**

**RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO:** Tras la intervención, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia que suele ceder en unas horas si la hemostasia –la capacidad de coagulación del paciente– es normal. Podría, no obstante, aparecer un hematoma. Cabe la posibilidad de que se produzca una infección durante el periodo postoperatorio que incluso pudiera generalizarse.

Puede aparecer una cicatriz inestética o dolorosa. La zona de la intervención puede aparecer ligeramente hinchada como consecuencia de la pérdida del volumen de la glándula extirpada.

La proximidad del nervio facial, que es el responsable del movimiento de la cara, justifica que una de las complicaciones más frecuentes de esta intervención sea la afectación temporal o permanente del mismo.

Por otra parte, puede aparecer una fistula salivar. Además, puede aparecer un déficit de sensibilidad táctil en la zona de la oreja. En algunas ocasiones, al extirpar la glándula completamente, puede aparecer el síndrome de Frey, que se manifiesta por enrojecimiento y sudoración de ese lado de la cara durante las comidas.

Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general. El riesgo vital es poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia: se ha descrito un caso de muerte cada 15.000 intervenciones con este tipo de anestesia.

En general, el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad, la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas.

**REVOCACIÓN**

Dni/Dña \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad.  
Con domicilio en (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_

Dni/Dña \_\_\_\_\_ y D.N.I nº \_\_\_\_\_  
Con domicilio en (Nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad.  
En calidad de (Representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_ y D.N.I nº \_\_\_\_\_

REVOCO el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_  
finalizado. \_\_\_\_\_ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por

Fdo: El/a Médico \_\_\_\_\_ Fdo: El Paciente \_\_\_\_\_ Fdo: El representante legal, familiar o allegado \_\_\_\_\_

Fuentelabrada, a 10/10/2007 Firma del Paciente / Representante y/o Tutor	Fuentelabrada, 10/10/2007. Identificación y firma del médico que informa
---	---

Nota: Se deben firmar todas las páginas. C.32.20 Página 2 de 2

6.6 y 6.7. Consentimiento informado.

El documento de **autorización de ingreso** es necesario para ingresar al paciente. En él, este autoriza la hospitalización y la realización de medidas diagnósticas y terapéuticas habituales que no precisen del consentimiento informado expreso.

El paciente puede también decidir abandonar el hospital sin el alta médica, aun en contra del criterio de los médicos que le atienden. En estos casos se usa el documento de **alta voluntaria**, firmado por el paciente o su representante, con el “enterado” del médico.

## 2.2 > Documentos de enfermería

Son cumplimentados por los profesionales de enfermería y reflejan la asistencia prestada por enfermeras y auxiliares, en muchos casos relacionada con el proceso de atención de enfermería. Los documentos más importantes son:

- **Valoración de enfermería.** Se usa para recoger de forma ordenada y completa los datos de la valoración inicial de enfermería, organizados bien por necesidades humanas, bien por patrones funcionales de salud. Tienes un ejemplo de este documento en la unidad 4 (Figura 4.10).
- **Planificación de cuidados de enfermería y evolución.** Contiene los diagnósticos de enfermería y el plan de cuidados del paciente, así como la administración de dichos cuidados (con fecha, a veces hora, y firma) con las respuestas del paciente a los cuidados y las incidencias observadas. Algunos hospitales usan dos documentos (planificación de cuidados y evolución de enfermería) (Figura 6.8).
- **Aplicación terapéutica de enfermería.** En él se registra la administración de los medicamentos (y otras prescripciones médicas), con los detalles (medicamento o tratamiento, dosis, vía, fecha y hora) y las incidencias que se presenten. Debe constar la identidad del enfermero que la realiza. En muchos hospitales este documento se denomina de administración de tratamientos (Figura 6.9).

Este formulario, titulado 'PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS', pertenece al Hospital Comarcal del Sur. Incluye un espacio para una 'Etiqueta de identificación' y campos para 'Planta', 'Hab.', 'Camá' y 'Alergias'. El cuerpo del formulario está dividido en tres secciones principales:

- 1. RESPIRACIÓN:** Incluye opciones como 'Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas r/c', 'Ejercicio respiratorio/Incentivador', 'Oxigenoterapia', 'Aspiración de secreciones', 'Vigilar BIPAP/CPAP' y 'Valorar pulsioximetría'. Incluye un calendario de seguimiento.
- 2. ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN:** Incluye 'Déficit de Autocuidado: Alimentación r/c', 'Riesgo/Déficit de Volumen de Líquidos r/c' y 'Dieta'. También cubre el cuidado de vías venosas (A, B, C) y sondas de alimentación.
- 3. ELIMINACIÓN:** Incluye 'Déficit de Autocuidado: Uso del WC r/c', 'Riesgo de Estreñimiento r/c', 'Sonda Vesical', 'Sonda Nasogástrica' y 'Cuidados SNG'. También cubre el manejo de incontinencia y drenajes (A, B, C, D).

En la parte inferior izquierda se indica el código 'H.12.X-113'.

6.8. Planificación de cuidados de enfermería (anverso).

Este formulario, titulado 'ADMINISTRACIÓN TRATAMIENTO', también pertenece al Hospital Comarcal del Sur. Incluye un espacio para una 'Etiqueta de identificación' y campos para 'Servicio', 'Planta', 'Hab.', 'Fecha de Ingreso' y 'Peso'. Una sección para 'ALERGIAS' está situada en la parte superior.

El cuerpo del formulario está dividido en:

- MEDICACIÓN Dosis Programada:** Una tabla con columnas para el día y hora de la administración.
- DOSIS AISLADAS:** Una tabla con columnas para la fecha de administración.
- DIETA:** Una tabla con columnas para la fecha de administración.

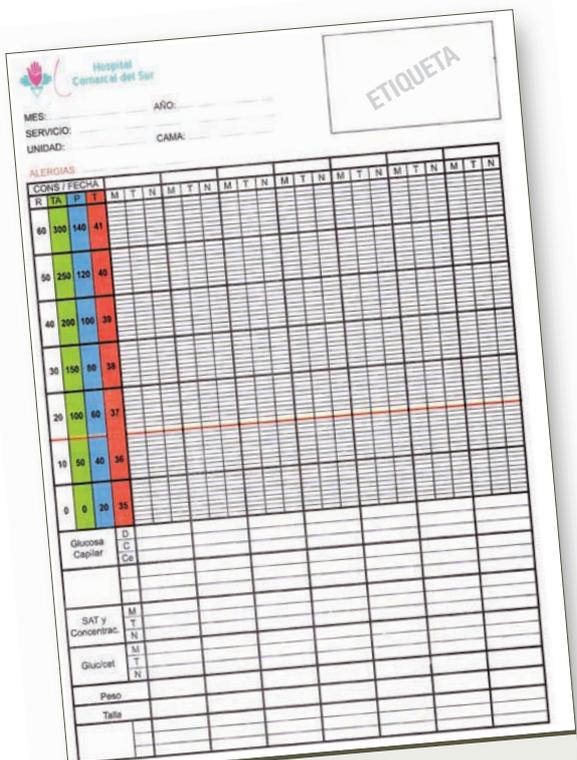
En la parte inferior izquierda se indica el código 'HC-61.00'.

6.9. Administración de tratamientos.

- **Gráfica de constantes.** En ella se registran, habitualmente tres veces al día, las constantes vitales del paciente (pulso, temperatura, presión arterial, frecuencia respiratoria) y otros datos de seguimiento como diuresis, balance hídrico, aporte dietético, peso, etc., útiles en el control de la evolución del paciente (Figura 6.10).
- **Informe de enfermería al alta.** En este documento se recogen la valoración de necesidades o problemas de salud, los diagnósticos de enfermería y los cuidados que necesita el paciente cuando abandona el hospital. Se entrega una copia al paciente (Figura 6.11).

Otras gráficas

En algunas unidades del hospital como las de cuidados intensivos y áreas similares, en las que se necesita un control más exhaustivo y frecuente de los pacientes, hay documentos especiales para anotar las constantes de forma más pormenorizada y frecuente (registro horario).



6.10. Gráfica de constantes (anverso).

6.11. Informe de enfermería al alta.

Además puede haber otros documentos, como las hojas de enfermería de quirófano y de preparación para la cirugía, enfermería de urgencias, hojas de control de exámenes complementarios, etc.

**»» Actividades propuestas**

- 3• Localiza en los ejemplos de órdenes médicas y de informes de enfermería al alta los datos característicos que han de estar presentes en los documentos de la historia clínica hospitalaria.
- 4• Cita los documentos de HCH que deben ser firmados por el paciente. ¿Por qué debe firmarlos?
- 5• Cita el documento de HC de enfermería al que se refiere cada una de las siguientes afirmaciones:
  - a) En él se deja constancia de que, por error, no se ha administrado a un paciente un medicamento que el médico había prescrito.
  - b) Se indican las recomendaciones de cuidados de enfermería de un paciente que abandona el hospital.

### Historia familiar

En algunas Comunidades Autónomas se emplea la **historia clínica familiar**, con una carpeta para cada familia en la que se recogen los datos de identificación de cada miembro de la familia, datos medioambientales y sobre la vivienda, lista de problemas familiares y árbol genealógico.

## 3 >> Historia clínica en atención primaria

La historia clínica en atención primaria (HCAP) es conocida también como historia de salud en atención primaria. Al ser aquí la asistencia muy distinta a la que se presta en los hospitales, **la historia clínica en atención primaria es claramente diferente a la historia clínica hospitalaria (HCH)**. En este sentido, cabe destacar en la HCAP:

- Está orientada por problemas de salud, en vez de la organización cronológica de la hospitalaria.
- Ha de reflejar la atención continuada que se da en la atención primaria, distinta de la fragmentada en episodios de hospitalización que observamos en la HCH.

Debe tener en cuenta las actividades de prevención de las enfermedades y promoción de la salud, de mucha mayor importancia en la atención primaria.

**No existe un modelo unificado de HCAP** en las distintas Comunidades Autónomas, aunque en general los principales documentos que usan son similares.

Generalmente la HC se archiva en un **sobre** en el que figuran diversos datos (Figura 6.12):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

AREA DE SEÑALIZACION

Nº HISTORIA

CLAVE

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT  
Generalitat Valenciana

**HISTORIA DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA**

PRESTACION FARMACEUTICA (A/P) Nº S.S. /

PRIMER APELLIDO

DNI: /

SEGUNDO APELLIDO

C.I.P. /

DOMICILIO (Y POBLACION) /

NOMBRE ( )

TELF. / TELF. /

SEXO (V/M)

FECHA APERTURA: /

FECHA CIERRE: / MOTIVO: /

FECHA RECAPITULACIONES: /

CENTRO DE SALUD DE: /

CODIGO DE LOCALIZACION: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

AREA DE SEÑALIZACION

6.12. Sobre para la historia clínica de atención primaria (HCAP). Valencia.

- Identificación del servicio de salud de la Comunidad Autónoma y del centro de salud.
- Datos de identificación del paciente: nombre y apellidos, sexo, domicilio, DNI, CIP (código de identificación personal, de la tarjeta sanitaria), n.º de la Seguridad Social, tipo de prestación farmacéutica.
- Número de historia clínica y códigos numéricos de señalización y localización (útiles para el archivado).
- Otros datos: fechas de apertura, cierre y recapitulaciones.

En el interior del sobre se guardan los documentos de la HC. Los principales son los siguientes:

- **Carpeta individual.** En la portada figuran los datos de identificación y los de importancia vital. Cumple funciones de contenedor con solapas en el interior para alojar el resto de los documentos. En algunas Comunidades se han usado de color azul (hombres) y rosa (mujeres) (Figuras 6.13 y 6.14).

**CARPETA INDIVIDUAL**

VINCULO FAMILIAR

Nº HISTORIA FAMILIAR

NOMBRE

1.º APELLIDO

2º APELLIDO

AÑO MES DÍA

Nº IDENTIFICACIÓN PERSONAL

SERVICIO MADRILEÑO DE LA SALUD

INSTITUTO MADRILEÑO DE LA SALUD  
C/ Alcala 151  
28014 Madrid

6.13. Carpeta individual de HC (Madrid).

GENERALITAT VALENCIANA  
CONSELLERIA DE SANITAT

Nº HISTORIA

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

**DATOS DE IMPORTANCIA VITAL**  
Reseñar cronológicamente reacciones adversas, alergias o estados que implican riesgo vital (Indicar fecha)

COD. 000917

6.14. Carpeta individual de HC (Valencia).

### Hoja pediátrica

Existe un formato especial de hoja de biografía o de datos generales para los niños, la **hoja pediátrica**, con información sobre el embarazo y parto, lactancia, vacunaciones, desarrollo psicomotor, etc. Pueden añadirse además las gráficas de crecimiento (peso y talla en especial).

- Hojas de **biografía sanitaria** o de **datos generales**. Conforman el documento básico. Recogen información fundamental útil en todo momento, como los antecedentes familiares y personales (alergias, vacunas, enfermedades previas, intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, etc.), hábitos de salud, datos socioeconómicos, culturales y laborales, etc.

Se cumplimentan en los primeros contactos y luego se van completando (Figura 6.15).

**GENERALITAT VALENCIANA**  
CONSELLERIA DE SANITAT

N.º Historia     N.º Hoja

**BIOGRAFIA SANITARIA 1**

IDENTIFICACION: ( )  
 nombre \_\_\_\_\_  
 primer apellido \_\_\_\_\_ segundo apellido \_\_\_\_\_  
 lugar de nacimiento (localidad y provincia) \_\_\_\_\_ e. civil \_\_\_\_\_

Fecha Inicio \_\_\_\_\_ Recapitulación \_\_\_\_\_

FECHA  PESO  TALLA  TA

**RESUMEN DE PROBLEMAS RELEVANTES** (Reseñar cronológicamente manifestaciones, enfermedades y accidentes. Para cada uno de ellos: fecha de inicio, qué atenciones se prestaron o se prevían –incluidos medicamentos y hospitalizaciones–, por quién, con qué frecuencia y con qué resultados –incluidas discapacidades y minusvalías–).

La BIOGRAFIA SANITARIA sólo registra información ya sedimentada. Se cumplimenta en los encuentros iniciales, y posteriormente a partir de otros documentos del registro. Consigne siempre las fechas de acontecimientos y cambios.

**GENERALITAT VALENCIANA**  
CONSELLERIA DE SANITAT

N.º Historia     N.º Hoja

**BIOGRAFIA SANITARIA 2**

IDENTIFICACION: ( )  
 nombre \_\_\_\_\_  
 primer apellido \_\_\_\_\_ segundo apellido \_\_\_\_\_

**CARACTERIZACION PSICOLOGICA** (Personalidad disfuncional: psicopática o esquizotípica, antisocial histriónica, narcisista, dependiente, obsesiva/compulsiva. Actitud disfuncional: paciente desconfiado, agresivo, manipulador, retraído.)

**ESCOLARIDAD Y NIVEL DE INSTRUCCION** (Inicio, guardería, adaptación, problemas, nivel logrado: analfabeto, primaria incompleta, completa, bachiller, formación profesional, situación media o superior).

**HISTORIA LABORAL** (Profesión u oficio, primer empleo, cambios de ocupación o de situación laboral. Subempleo. Riesgos físicos, químicos y psicológicos. Jubilación, motivo).

**VACUNACIONES** (Reseñar si se administraron todas las vacunas preceptivas en la infancia y estado actual de vacunación antitetánica, antigripal u otras. Señalar fechas de las últimas dosis).

**OTRAS ATENCIONES PREVENTIVAS Y DE PROMOCION DE LA SALUD** (Especifique aquellas de interés permanente: programas en los que ha estado o está incluido y otras actividades no programadas).

La BIOGRAFIA SANITARIA sólo registra información ya sedimentada. Se cumplimenta en los encuentros iniciales, y posteriormente a partir de otros documentos del registro. Consigne siempre las fechas de acontecimientos y cambios.

6.15. Hojas de biografía sanitaria.





### Historia clínica electrónica

Al igual que sucede en muchos otros ámbitos, se está generalizando el uso de medios informáticos para la elaboración y gestión de la historia clínica: **historia clínica electrónica** o **historia clínica digital**.

Con frecuencia estos programas informáticos integran también otros aspectos relacionados con tareas de gestión de los centros sanitarios y de organización del trabajo de los profesionales.

De forma progresiva se están informatizando las historias clínicas en atención primaria en diversas Comunidades Autónomas. En los nuevos hospitales públicos, ya desde el principio se implanta la historia clínica electrónica, dejando de lado la tradicional documentación clínica en papel. En otros muchos hospitales del SNS hay proyectos para la informatización de la HC.

Este hecho se observa, incluso en mayor medida, también en la sanidad privada, tanto en hospitales y clínicas de tamaño medio y grande como en pequeñas consultas.

### Ventajas de la historia clínica electrónica

- Permite el acceso inmediato a la información clínica de interés a los diversos profesionales que pueden atender al paciente en distintos centros sanitarios.
- Facilita la actualización permanente de los datos clínicos.
- Ahorra tiempo y trabajo, pues evita la realización de exploraciones repetidas.
- Evita los errores debidos a la falta de claridad ("letra de médico") o las confusiones en la HC.
- Simplifica las tareas de archivo de la historia clínica, evitando la pérdida o el deterioro de la documentación y agilizando el acceso a la información del archivo.
- Permite la personalización del acceso a la información de la HC: cada tipo de profesional que atiende al paciente tendrá los permisos que necesite. También hará posible el acceso del propio paciente a los datos de su HC.
- Facilita el trabajo administrativo y la realización de informes.
- Agiliza todos los aspectos de la HC relacionados con la gestión sanitaria: obtención rápida de información (como el CMBD, por ejemplo), planificación, evaluación de la calidad, etc.

### La generalización de la HC electrónica hace posible una verdadera historia clínica única en el SNS

#### Riesgos e inconvenientes de la HC electrónica

Aunque tiene muchos aspectos positivos, no pueden dejarse de lado los **riesgos e inconvenientes que plantea la HC electrónica o digital**:

- La seguridad y confidencialidad de los datos clínicos, abiertos al acceso por parte de muchas personas (aunque sea en forma regulada y controlada), son aspectos críticos que obligan a extremar las medidas de precaución en este sentido.
- Necesidad de fuertes inversiones económicas para la adquisición e implantación de las redes, equipos y programas informáticos necesarios, así como para la formación inicial del personal. También habrá que prever los gastos precisos para las actualizaciones periódicas.
- Posibles problemas técnicos en el acceso a la información en la red (Internet, Intranet, etc.), fallos en los equipos informáticos, etc.
- Resistencia de los profesionales sanitarios a las nuevas formas de trabajo, que pueden aumentar si el modelo de HC electrónica que se ofrece es rígido y no lo suficientemente flexible para adaptarse a las necesidades de los usuarios.

### >> Actividades propuestas

6•• Indica el documento de la HC en atención primaria al que se refiere cada una de las siguientes afirmaciones:

- a) En él se anotan ordenadamente los problemas de salud del paciente.
- b) Recoge los antecedentes familiares y personales y los hábitos o estilos de vida.
- c) Contiene el plan de tratamiento prescrito por el médico de familia.
- d) Aparecen las vacunaciones y el desarrollo psicomotor del niño.

## 4 >> Otros documentos clínicos

**C.M.V. CONSEJO MEDICO VASCO**  
**E.S.E.N. EUSKADIKO SENDAGILEEN ELKARGO NAGUSIA**

Dr. - Día / Día: Especialidad / Especialitate: Nº Historia / Historia Zia: Nº Col. / Kole Zia: Dirección / Helbidea: Población / Herria: Tel. Nº Teléfono / Telefono Zia: Nº Colegiado / Kolegiatu Zia:

PACIENTE / GAIXOIA Nombre y Apellidos / Izen Abizenak Año Nacimiento / Jaiozer Urtea Tel.

PRESCRIPCIÓN / AGINDUA Nº Envases / Enbaze Zia Posología / Posologia Duración Tratamiento / Tratamendu Iraupena

Observaciones al farmacéutico, ver dorso. Farmazialarientzat ohotak, ikusi atzekaldea. Fecha - Firma / Data - Izpeia

La validez de esta receta expira a los 15 días de la firma / Enpresa honek onarugabea du 15 eguneko iraupera. La medicación prescrita en esta receta no supera los 3 meses de tratamiento / Ez du garrantzi gehiago izango du. Solo un medicamento Psicoactivo por receta / Psikotropasak gutxienez bakoiz bakoiz. La receta sólo es válida para una dispensación y quedará sin poder ser utilizada para otra dispensación. (R. Decreto 1912/1984, de 20 de Septiembre de receta médica) (R. 1912/1984, irailaren 20koa, mediku errezeta)

PACIENTE / GAIXOIA Instrucciones Paciente / Gaixoari zuzendutako iradiazioak

Medicamento / Botika: sustituyo por / honen ordez Fecha - Firma - Sello / Data - Izpeia - Zigila

6.20. Modelo de receta privada del País Vasco.

### Receta electrónica

En el SNS se emplea también la receta electrónica. Permite, tras la prescripción médica, que el paciente identificado con su tarjeta sanitaria pueda recoger en la farmacia el medicamento prescrito, sin necesidad de la receta en papel.

Además de los que forman parte de la historia clínica (que son los de mayor importancia) existen otros documentos clínicos diferentes, entre los que podemos citar, a modo de ejemplo, los documentos específicos que se emplean en la atención odontológica a los pacientes o los diversos tipos de certificados médicos. A continuación comentaremos la receta médica.

**La receta médica es el documento normalizado mediante el cual los profesionales legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación en las farmacias.**

Los principales datos que contiene son los de identificación del paciente y del profesional que prescribe y los datos necesarios del medicamento indicado, así como las instrucciones al paciente (Figura 6.20).

En nuestro Sistema Nacional de Salud se usan diversos tipos de recetas para afiliados a la Seguridad Social y las empleadas en MUFACE y entidades similares. Además existen las recetas privadas (Figura 6.21).

Además de cumplir su función como documento clínico, las recetas del sistema público tienen también una función de documento administrativo, pues se usan para gestionar el pago por parte del SNS a las farmacias.

**muface RECETA**

PRESCRIPCIÓN POSOLOGÍA

Unidad: forma cada: horas durante:

PACIENTE (Nombre y dos apellidos) Sexo: Año de Nacimiento: V M

MEDICO (Sello o número, nº de colegiado, lugar, fecha y firma)

FARMACIA (Sello, número y fecha)

Apertación

NÚMERO PARA TRATAMIENTO INFORMÁTICO: 395 873214

LOS CUPONES-PRECRIPTO NO DEBEN SUPERARSE NI REBASAR LA LINEA INFERIOR DE ESTE RECUADRO

RS-1

6.21. Modelo de receta de MUFACE.

## >> Actividades propuestas

7•• Busca en casa una receta común del Sistema Nacional de Salud (para trabajadores en activo o para pensionistas) y explica los datos que aparecen en ella. Compárala con el ejemplo de receta de MUFACE.

## 5 >> Archivos clínicos

En los **archivos clínicos** (de un hospital, de un centro de salud, de una clínica o consulta privada) **se guardan las historias clínicas generadas en cada uno de dichos centros sanitarios. La Ley obliga a cualquier institución sanitaria a conservar la documentación clínica, aunque no necesariamente en su soporte original** (los documentos en papel pueden microfilmarse o digitalizarse), durante todo el tiempo adecuado para la asistencia al paciente, como mínimo durante cinco años desde la fecha de alta de cada proceso asistencial.

Es responsabilidad de la dirección del centro sanitario, y de los propios profesionales sanitarios cuando desarrollan su actividad de forma individual (en pequeñas consultas, por ejemplo), tanto organizar y mantener en funcionamiento el archivo clínico, como proporcionar las medidas de seguridad idóneas para garantizar la confidencialidad de los datos de los pacientes.

En los hospitales, el archivo de historias clínicas es una unidad que depende del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Normalmente hay un **único archivo centralizado** en el que se encuentran todas las historias clínicas de los pacientes atendidos en el hospital. Con el soporte tradicional en papel, **cada HC se guarda en una carpeta**, que se abre en el momento del primer contacto del paciente con el centro hospitalario. Dentro de esta carpeta general, **la HCH se organiza por episodios asistenciales**, que se ordenarán cronológicamente, desde el primero que motivó la apertura de la HC hasta el último más reciente. Cuando un paciente ingresado es dado de alta, los documentos que se han ido generando durante su atención serán enviados al archivo para incluirlos en la carpeta general, integrados en un nuevo episodio asistencial al lado de los anteriores episodios.

En los centros de salud existe también un archivo de historias clínicas donde se guardan las HC y de donde se extraen cuando se necesitan para atender una nueva cita de un paciente. En las consultas privadas se deberá habilitar igualmente un archivo.

### Clasificación y ordenación de las historias clínicas

Los archivos clínicos de las instituciones sanitarias pueden llegar a contener un gran número de historias clínicas. Para que puedan cumplir adecuadamente sus funciones de almacenamiento, custodia y control de las HC, deben tener sistemas apropiados de organización de los archivos que permitan saber en todo momento dónde se encuentra cualquier historia clínica.

Cuando un paciente vuelve para ser atendido de nuevo, tanto si va a ser ingresado como si solo va a ser visto en la consulta, será necesario localizar su historia para revisar los datos que nos interesen. Cuando termine la atención, se debe incluir la información reciente y los nuevos documentos en la HC. Esto es muy sencillo con la historia clínica electrónica, que nos lo proporciona de forma automática. Con la HC tradicional en papel deben seguirse normas rigurosas de clasificación y ordenación para archivarlas en los estantes, armarios u otros espacios físicos en los que se almacenan.

### Conservación de la HC

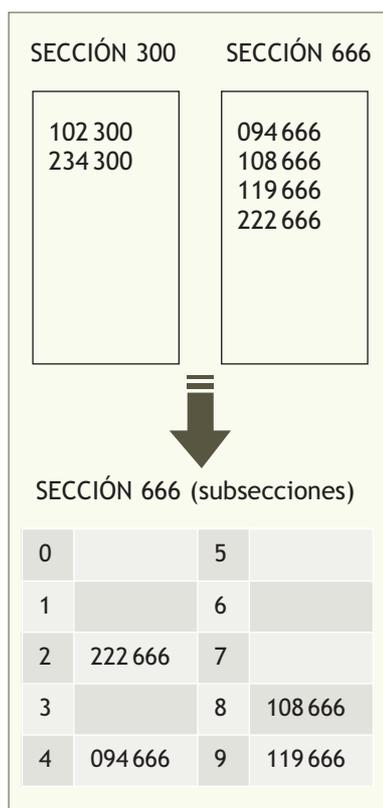
Diversas Comunidades Autónomas han dictado normas en las que se regula de forma más detallada la conservación de documentos de la HCH. Las exigencias legales no son idénticas, pero suelen requerir la conservación indefinida de algunos documentos. Los más habituales son el informe de alta (en todos los casos), el consentimiento informado y los informes quirúrgicos, de parto, de anestesia y de exploraciones complementarias. Regulan también la destrucción (expurgo) en plazos determinados de los documentos que no deben ser conservados indefinidamente.

### Archivo activo y pasivo

En las instituciones sanitarias con archivos voluminosos, las HC en uso o que se manejan con frecuencia permanecen en el **archivo activo**. Pasan al **archivo pasivo** aquellas que no han sido utilizadas en mucho tiempo (el límite suele ser de 5 años, 3 en algunos casos) o de pacientes que han fallecido. El archivo pasivo puede localizarse fuera del centro sanitario.



6.22. Archivo clínico de una institución sanitaria.



6.23. Archivo triple dígito terminal.

Es imprescindible la identificación precisa de la HC, que ya mencionamos anteriormente. Comentaremos los principales sistemas de clasificación y ordenación.

#### - Sistema dígito terminal

Es el más empleado en los archivos clínicos hospitalarios. También se usa en algunos centros de salud. En los hospitales, el identificador de la HC es el número de HC, habitualmente un número secuencial asignado por ordenador. El sistema vale igualmente con otros identificadores numéricos, como por ejemplo el n.º de la tarjeta sanitaria individual.

Los más comunes son el sistema de **dobles dígito terminal** (se tienen en cuenta las dos cifras finales del número de HC) y el de **triple dígito terminal** (según las tres cifras finales), que es el que elegimos para explicarlo.

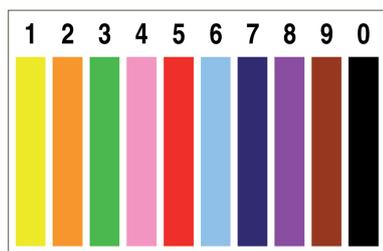
Sistema dígito terminal		
Sistema	Se tienen en cuenta	Secciones
Doble dígito terminal.	Las dos cifras finales.	100 (00, 01,..., 98, 99)
Triple dígito terminal.	Las tres cifras finales.	1000 (000, 001,..., 999)

En el sistema de triple dígito terminal el archivo se dividirá en 1000 secciones (la primera la sección 000, luego la sección 001, 002, y así sucesivamente hasta llegar a las últimas secciones, la 998 y la 999). Las HC se almacenarán en la sección que corresponda dependiendo de las tres últimas cifras (centena, decena y unidad) de su n.º de HC. Por ejemplo, la HC n.º 234300 estará en la sección 300; las HC 222666 y 108666, en la sección 666 (Figura 6.23).

Además se puede dividir cada sección en 10 subsecciones (0,1,..., 8 y 9). Con los ejemplos citados anteriormente, la HC 222666 estaría en la subsección 2 y la 108666 en la subsección 8 (teniendo en cuenta en ambos casos la cifra de millares del n.º de HC, la cuarta empezando por el final) de la sección 666.

Para facilitar el archivado y detectar rápidamente los errores se usa un **código de colores**: a cada cifra se le asigna siempre el mismo color (1 = amarillo, 3 = verde, por ejemplo) (Figura 6.24).

Se colocan las etiquetas de colores en los lomos o bordes laterales de las carpetas en las que se archivan las HC según los dígitos finales de su número de HC, de forma que en cada sección deben coincidir en todas las carpetas las mismas bandas de colores (Figura 6.22). Asumiendo el supuesto anterior, en un archivo clínico organizado por el sistema de doble dígito terminal todas las HC de la sección 11 tendrían dos etiquetas amarillas; las de la sección 13, una amarilla y otra verde. Una HC dejada por error en una sección del archivo que no le corresponde llamaría rápidamente la atención por su diferente franja de colores respecto a las colocadas junto a ella. Los códigos de colores se pueden emplear también con cualquier sistema de clasificación basado en números.



6.24. Código de colores.

### - Por fecha de nacimiento

Puede emplearse la fecha de nacimiento de los pacientes para clasificar y ordenar las HC. Este sistema se emplea por ejemplo en centros de salud.

El identificador de la HC se forma con las dos letras iniciales del primer y segundo apellido más la fecha de nacimiento, representada usualmente con el formato aa-mm-dd (dos cifras para el año, dos para el mes y dos para el día). Las secciones del archivo se corresponderían con los años y dentro de cada sección (año) las HC se clasificarían por meses.

### - Por fecha de atención

En el archivo, las HC se ordenan cronológicamente teniendo en cuenta la fecha en la que ha sucedido la asistencia. Es un sistema sencillo, pero que hace muy difícil conseguir que la HC sea única y acumulativa (un mismo paciente puede ser atendido en varias fechas distintas). Se usa en servicios de urgencia de hospitales.

### - Alfabético

El archivo se organiza por secciones en letras. Las HC se ordenan alfabéticamente, teniendo en cuenta el primer apellido. Si coinciden, dependerá del segundo apellido y si son idénticos ambos apellidos, decidirá el nombre. Solo es útil para un volumen reducido de HC, como en una pequeña consulta privada. Exige normas muy claras y de seguimiento estricto en diversos asuntos, como por ejemplo:

- Apellidos con partículas como de, la, etc. (de Pedro, de la Parte, etc.): generalmente no se tienen en cuenta las partículas para la ordenación (de Pedro se clasificaría en la letra P).
- Apellidos compuestos (Ruiz de Mendoza, Pérez-Romero, etc.): para ordenarlos se suelen tomar como si todo el apellido fuese una sola palabra.
- Qué hacer con individuos extranjeros que tienen un único apellido.
- Normas para casos de igualdad en los dos apellidos y el nombre.

### Identificadores de la HCAP

En algunas Comunidades Autónomas, en vez de las dos letras iniciales del primer y segundo apellido, usan las dos primeras consonantes de cada apellido. Si la HC es de una mujer, suman 40 al día de nacimiento.

El identificador de la HCAP de María Pérez López, nacida el 20 de enero de 1989, según las dos opciones comentadas en el texto, puede ser:

1.ª Opción

PE	LO	89	01	20
----	----	----	----	----

2.ª Opción

PR	LP	89	01	60
----	----	----	----	----

## >> Actividades propuestas

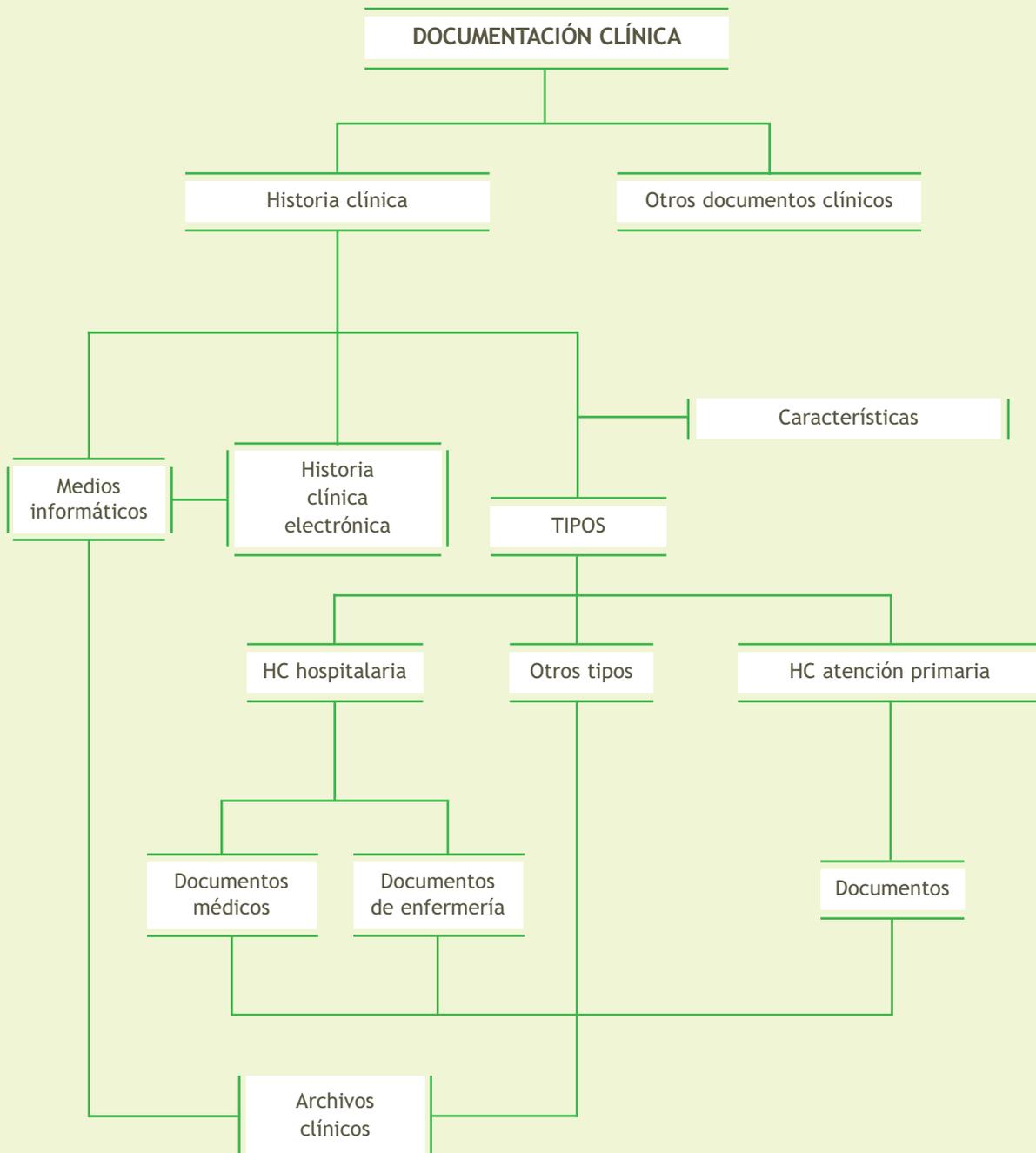
8•• Si el archivo sigue un sistema triple dígito terminal en el que cada sección se divide en 10 subsecciones, indica cómo se archivarían las HC cuyos números son los siguientes:

211334, 142555, 600880, 033555, 309334, 411880, 242334, 116280, 142055, 309234

9•• Teniendo en cuenta las normas indicadas, clasifica y ordena alfabéticamente las HC de los siguientes pacientes:

- |                             |                                      |                         |
|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| - Juan Carlos García López  | - Paula López Zárata                 | - Yago García Freire    |
| - Benjamín de Andrés Martín | - María José García López            | - Servando Soria Burgos |
| - Pedro Jesús Ruiz Ruiz     | - José Eugenio López de Haro Arribas | - Asier Soria Iturriaga |
| - Angels García-Juliá Abad  | - Jordi Devesa Pujol                 | - Alberto García Coll   |

## ● Ideas clave



**>> Actividades finales**

**.: CONSOLIDACIÓN .:**

- 1• Explica las distintas funciones que cumple la historia clínica.
- 2• Elabora con el siguiente formato dos esquemas, uno de los documentos médicos de la historia clínica hospitalaria y otro de los documentos de enfermería.

Documento médico	Función principal	Característica

Documento de enfermería	Función principal	Característica

- 3• Compara, en forma de tabla, las características de la HC en atención primaria con la HC hospitalaria.
- 4• Analiza las ventajas y los riesgos de la informatización de la historia clínica.
- 5• Explica brevemente los diferentes sistemas de archivo de historias clínicas.

**.: APLICACIÓN .:**

1• Imagina que estás trabajando en la consulta privada de un médico. Él te pide que le ayudes a preparar un modelo de documento para utilizarlo en cualquier tipo de informe, incluido los informes de alta que tenga que redactar para sus pacientes. A partir del ejemplo que tienes en el libro (Figura 6.5), elabora con un procesador de textos dicho modelo de informe, al que llamaremos INFORME CLÍNICO.

Debes tener en cuenta tanto los aspectos formales del documento (identificación del profesional y del paciente, nombre del documento, localidad, fecha de inicio del proceso y de realización del informe y firma) como todo lo referente al contenido específico de dicho documento. Fíjate en el ejemplo del libro (o de otros que conozcas) y en lo que se explica en la unidad sobre el informe de alta.

2• Encárgate de obtener un documento de HC de atención primaria y otro de atención especializada de los centros de salud de la localidad y de algún hospital cercano. Poned luego en común los resultados y comparadlos con los del libro o con los que os proporcione el profesor.

3• Revisa en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, BOE del día 15 de noviembre de 2002 ([www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf](http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf)), reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, lo referido al archivo de la historia clínica: artículos 17 (el principal), 16, 18 y 19.

- a) ¿Quién está obligado a conservar la documentación clínica del paciente?
- b) ¿Durante cuánto tiempo debe guardarse?
- c) ¿Quién es responsable de su custodia en un hospital público, en una clínica privada y en la consulta privada de un médico?
- d) ¿Quién puede acceder a la historia clínica de un paciente?

## \* Caso final

### Manejo de la historia clínica

•• Vamos a suponer que trabajas como auxiliar de enfermería en un hospital y que, además de cuidar a los pacientes, una parte de tu trabajo es la de mantener en orden los documentos de la historia clínica en la unidad de enfermería y ponerlos a disposición de los profesionales que atienden a los pacientes cuando te lo piden.

a) Uno de los pacientes a los que cuidas, A.R.D., fue operado hace cuatro días e ingresado en la planta en la que estás trabajando. Debes indicar el documento de la historia clínica que tienes que proporcionar al profesional que te lo solicita y comentar las características de dicho documento.

1. El médico que le trata quiere revisar los antecedentes familiares y personales y las enfermedades previas de A.R.D.
2. Su médico quiere estudiar en profundidad el informe con los principales datos de una resonancia magnética que han hecho a A.R.D.
3. Tienes que apuntar la cifra de presión arterial que le acabas de medir.
4. La nueva enfermera del turno de tarde vuelve de sus vacaciones y viene por primera vez. Quiere estar al corriente de los problemas de salud que los profesionales de enfermería le detectaron cuando ingresó en la planta, así como del plan de cuidados de A.R.D.
5. El médico que trabaja en la planta por la tarde quiere saber cómo ha ido cambiando la situación clínica del paciente en los días que lleva ingresado.
6. Su médico recuerda que A.R.D. tuvo fiebre alguno de los días siguientes a la operación, pero quiere saber exactamente la intensidad y la duración de la fiebre.
7. La enfermera del turno de tarde quiere conocer cuál es la dieta prescrita por el médico.
8. Ante un nuevo dato que ha observado, su médico desea volver a estudiar cómo se desarrolló la intervención quirúrgica.
9. La enfermera que le cuida quiere asegurarse de que A.R.D. recibió correctamente la medicación en el día de ayer.
10. Su médico quiere saber los resultados anatómo-patológicos referidos a la biopsia de la pieza que le extirparon durante la operación quirúrgica.

b) Finalmente, unos pocos días después y ante la evolución positiva que ha presentado, A.R.D. es dado de alta.

1. ¿Qué documento se le debe proporcionar obligatoriamente informando sobre la estancia en el hospital y su estado al alta? ¿Qué datos debe contener dicho documento?
2. Si necesita en su casa cuidados de enfermería (como, por ejemplo, la cura diaria de la herida quirúrgica), ¿se reflejarían en detalle dichos cuidados en el mismo documento o en otro diferente?
3. ¿Qué documento recogerá el resumen de los datos administrativos y clínicos del episodio de ingreso, que pueden ser de utilidad para aspectos relacionados con la gestión sanitaria?
4. Si el paciente decidiera irse del hospital sin haber recibido el alta médica, ¿qué documento sería necesario emplear? ¿Qué reflejaría dicho documento y quién lo debería firmar?

## LOS MÉDICOS ACCEDERÁN POR ORDENADOR A TODOS LOS HISTORIALES A FINALES DE AÑO

La ininteligible letra de médico desaparecerá de las consultas en unos meses. La *Consellería de Sanidade* anunció ayer que a finales de año los historiales de todos los gallegos estarán digitalizados y que los facultativos empezarán a realizar sus anotaciones sobre el paciente tecleando en el ordenador. Médicos y enfermeros podrán acceder desde cualquier hospital o ambulatorio del Sergas al expediente que les explica los antecedentes clínicos y las alergias de un enfermo. La mejora acabará con el trajín de papeles y carpetas que sufren ahora los centros sanitarios.

La informática llegará a las consultas médicas en 2008. Con la entrada en el nuevo año, los facultativos gallegos podrán consultar, con una tarjeta chip protegida por un número secreto, cualquier historial clínico. Los galenos conocerán en unos segundos las dolencias que ha sufrido el paciente, las pruebas que se le han practicado (aunque sean de hace unas horas) y la medicación que ha tomado. Da igual dónde haya sido tratado. A la base de datos se incorporará la información que a diario generan todos los hospitales y centros de salud de Galicia.

“Cuanto más conocimiento tenga el médico sobre el paciente, mejor diagnóstico hará”, explica Mar Pereira Álvarez, *Subdirectora General de Información e Servizos Tecnolóxicos de la Consellería*. “Se ahorrará tiempo y pruebas innecesarias”. Sanidade admite que el buen funcionamiento del nuevo sistema precisa de la colaboración de los médicos, que deberán olvidar el papel y el bolígrafo y convertir en un “hábito” el uso del ordenador.

Hasta el momento son 10 000 los profesionales que ya han sido acreditados por la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre con la tarjeta que les permitirá acunar su firma digital. Los médicos deberán usar esta rúbrica informática para identificar todas las nota-

ciones que realicen en el ordenador, un avance en el que, según la Consellería, Galicia se ha adelantado al resto de autonomías.

“Todo está bien en el papel pero hay que llevarlo a la realidad”. El Sindicato Médico apoya estos avances tecnológicos pero denuncia las “limitaciones” que sufren centros de salud y hospitales. Ordenadores obsoletos, sin capacidad suficiente, y falta de tiempo para atender una consulta que está “a tope” de pacientes y una computadora demasiado lenta.

Hasta el momento se han digitalizado 2,3 millones de expedientes. A finales de año estarán digitalizados todos los historiales con sus episodios más recientes. Al Sergas le quedará después un ingente trabajo para informatizar los papeles que ha generado la sanidad pública en sus años de existencia. Según explica la *Subdirectora de Información de Sanidade*, primero se “purgarán” los archivos para establecer qué documentos vale la pena conservar y luego se irán copiando en formato digital e introduciendo en la red. “Eso se hará en fases sucesivas”, explica Pereira.

A la base de datos del Sergas solo podrán acceder médicos y enfermeros. Para preservar la intimidad de los pacientes, el sistema registrará todas las consultas que se realicen y los usuarios podrán solicitar información sobre quiénes han accedido a sus archivos. El Sergas espera ofrecer a “medio plazo” “métodos seguros” para que los ciudadanos puedan imprimir sus expedientes sanitarios desde Internet.

El Plan de Tecnoloxías da Información en la sanidad se desarrollará hasta 2009 y está dotado con 150 millones de euros. “Queda mucho por hacer porque la digitalización es compleja y larga”, señaló ayer en el Parlamento la Conselleira.

Fuente: [ELPAIS.com](http://ELPAIS.com)

### >> Actividades

100 Cita dos aspectos positivos y dos riesgos o problemas de la generalización del uso de medios informáticos en las historias clínicas. Al final, ¿son más importantes las ventajas o los inconvenientes?