

SOLUCIÓN ESQUEMA 2 DOCUMENTACIÓN SANITARIA CLÍNICA

DOCUMENTACIÓN **SANITARIA CLÍNICA**

Definición: Documentación sanitaria clínica es la documentación que se genera en la atención sanitaria del paciente y en su gestión

La documentación sanitaria clínica principal es: Historia clínica

Definición: historia clínica es el conjunto de documentos que contienen información, sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Historia clínica:

Funciones de la historia clínica:
(5)

- 1.--**Asistencial** (sirve para la asistencia clínica del paciente)
 - 2.--**Docencia** (sirve para la docencia, muchos MIR consultan las historias de los pacientes para aprender)
 - 3.--**Investigación** (sirven para estudios de investigación, como estudios de tratamientos en infarto de miocardio, etc)
 - 4.--**Gestión sanitaria** (sirve para la evaluar la calidad de la asistencial, ya que en ella queda todo registrado)
 - 5.--**Jurídico- legal** (sirve para esto, ya que queda todo registrado)
-

Historia clínica:

Características (6)

1.-Única, integrada y acumulativa:

Única,: hay una HC/paciente

Integrada: Cualquier documento que se genere se integra en la HC

Acumulativa: cualquier episodio que precise asistencia se incluye en la HC

2.-Identificada:

Cada HC tiene un **identificador**

✓ Se genera **cuando se abre la historia clínica**

✓ Aparece en **todos los documentos que componen la HC**

✓ Suele ser un **nº secuencial** que genera el sistema informático

A veces este nº coincide con:

- el nº de la tarjeta sanitaria,
- o el DNI
- o fecha de nacimiento
- e iniciales del nombre y apellidos.

3.-Normalizada, significa que tiene dos cosas

-Un **contenido mínimo obligatorio**

-Un **formato**)

4.-Ordenada y secuencial significa que los:

- documentos que forman la HC se ordenan según **orden establecido**,
- los episodios asistenciales se ordenan **de manera cronológica**).

Historia clínica:

Características (6)

5.-Conservable y recuperable

6.-Identificación del personal sanitario significa que

todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial quedan identificados.

LA HC ES UN DOCUMENTO PRIVADO Y CONFIDENCIAL

La confidencialidad es un **derecho del paciente** y una obligatoriedad **del profesional sanitario**.

TIPOS de Historia clínica:

1.-Según centro sanitario:

1.a.-**Historia clínica hospitalaria**,:

- **Mas compleja** que la atención primaria
- **Por ley tiene un Contenido mínimo**, (consulta pag, 20 del tema)
- El diseño puede ser diferente de un centro a otro
- **Documentos (2)**
 - 1.- **Médicos** (los habituales, los de tratamiento y diagnósticos)
 - 2.- **De enfermería**
- **Refleja los episodios asistenciales**

1.b.-**Historia clínica de atención primaria**

- **Refleja la atención continuada**
- **Está orientada por problemas de salud**
- **Muy importantes son las actividades de prevención y promoción de la salud.**

2.-Según formato:

2.a.-Historia clínica **tradicional**

2.b.-**Historia clínica informatizada**

- 2.a.-Historia clínica **electrónica**
- 2.b.-**Historia clínica digital**

HISTORIA CLÍNICA HOSPITALARIA

**.-Documentos de la
HC hospitalaria**

1.-Médicos

Tiene un **contenido mínimo por ley** , (los habituales, los de tratamiento y diagnósticos), (pag 20 del tema consulta)

Otros importantes:

- **Informe médico de alta**
- **Consentimiento informado**

Su diseño puede variar de un hospital a otro

2.-De enfermería

a.-**Valoración de enfermería**

b.-**Planificación de los cuidados de enfermería y evolución**

c.-**Aplicación terapéutica de enfermería** (Registro de administración de medicamentos, o tratamiento (dosis, fecha y hora), incidencia. Identidad del enfermero que lo realiza.)

d.-**Gráfica de enfermería.**

e.-**Informe de alta.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es un documento médico importante y también se añade a la historia clínica

¿Qué es el consentimiento informado?

Es un documento en el que el **paciente da su conformidad** de forma **libre, voluntaria y consciente**, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.(tratamiento, un diagnóstico una operación)_Para dar esta conformidad el **paciente tiene que estar en el pleno uso de sus facultades** y **recibir previamente la información adecuada**, sobre la actuación (tratamiento, diagnóstico u operación invasora)

¿En que forma se da el consentimiento informado?

De dos formas:

a.- Suele darse de forma verbal

b.- Hay **ocasiones** en que tiene que darse **necesariamente por escrito** (tratamientos, diagnósticos o intervenciones quirúrgicas invasoras)

Estos últimos pueden no darse por escrito en caso de:

Urgencia vital

Papel de los representantes legales de un menor o incapaz

-Si se niegan a dar el consentimiento.

1.--**No urgencia vital....Debe constar los motivos en la HC, ¿porqué?..por si es necesario solicitar autorización judicial.** (se precisa esta autorización cuando aun no siendo una urgencia vital, puede poner en peligro la vida del menor o incapaz)

2-Urgencia vital los profesionales sanitarios serán los que actuarán en defensa del menor o incapaz y realizaran las actuaciones que consideren oportunas

El paciente antes dar el consentimiento informado debe recibir del médico la información sobre los riesgos del procedimiento que le van hacer, ¿cómo debe ser esa información?

- 1.-Clara
- 2.-Comprensible para el paciente
- 3.-Concreta

El consentimiento informado debe ser firmado por el paciente

¿Puede un paciente negarse a firmar el consentimiento informado?

Si,

- Puede negarse a firmarlo
- Puede haberlo firmado y después cambiar de opinión

-Pero antes debe haber recibido **toda la información** debiéndose respetar su decisión.

-Si el paciente no da su conformidad,
¿Qué debe hacer el médico?

- 1.-**Informarle de los procedimientos alternativos y ofertárselos,** aunque sean de carácter paliativo.
- 2.-Si no existieran o los rechazase (estos procedimientos) **se le propondrá que firme el alta voluntaria.**

ALTA VOLUNTARIA

¿Qué es el alta voluntaria?

Documento mediante el cual el **paciente ASUME LA RESPONSABILIDAD** de los problemas que pudieran surgir al **abandonar voluntariamente** el hospital.

¿Quién debe firmar el alta voluntaria?

1-El **paciente**-O su- **representante**

2.-El **médico con el "enterado"**

¿Qué quiere decir que el médico lo firma con "enterado"?

indica que el médico ha informado al paciente de los riesgos y sabe que aun así quiere marcharse.

¿En que situaciones se le da a firmar a un paciente el alta voluntaria? O ¿se le propone el alta voluntaria?

1. **Cuando el paciente NO FIRMÓ un consentimiento informado para un tratamiento/procedimiento determinado y además:**
 - a.-no existen procedimientos alternativos
 - b.-o los rechaza todos
2. **Y cuando el paciente quiere irse voluntariamente del hospital**

¿Qué pasa si el paciente no quiere firmar el alta voluntaria?

- LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL.....**Dispone el alta forzosa del paciente.**
- ¿Quién propone el alta forzosa?...**El médico especialista**

¿Debe el paciente firmar el alta forzosa?.. **No**

¿Qué pasa si el paciente no acepta el alta forzosa?

La dirección del hospital,

- 1.-**Comprueba el informe clínico del paciente**
- 2.-**Escucha al paciente**

El paciente sigue negándose a aceptar el alta forzosa

La dirección del hospital,

lo pondrá en conocimiento **del juez para que**
-**confirme**
-**o revoque la decisión**