



TÉCNICO SUPERIOR
EN DOCUMENTACIÓN
Y ADMINISTRACIÓN
SANITARIAS

Archivo y documentación sanitarios

COORDINADORA
María Cullell Mata



Autoras

Coordinadora

María Cullell Mata

Licenciada en Farmacia por la Universidad de Valencia. Docente de Formación Profesional del CFGS Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitarias de la Consejería de Educación de la Comunidad Valenciana. Certificado de Aptitud Pedagógica por la Universidad de Valencia. Docente de cursos de formación complementaria de la rama sanitaria. Valencia

Agradecimientos

En primer lugar agradezco a Arán Ediciones por la confianza depositada para la realización de este libro.

A su vez, agradezco especialmente a la Unidad de Documentación Clínica y Admisión del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia por toda su ayuda esencial para la elaboración de este libro.

También al Servicio de Formación del Profesorado de la Consejería de Educación de la Comunidad Valenciana por su ayuda en formación del profesorado.

Por último darle las gracias a mis compañeros del equipo educativo del CFGS de Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitarias del IES Jorge Juan de Sagunto, centro en el cual trabajo, porque formamos un buen equipo.

Índice

Capítulo 1

Caracterización de las necesidades documentales de los centros sanitarios....	15
1. Introducción a la documentación general	16
2. Las fuentes documentales: archivo, biblioteca y centro de documentación	23
3. Documentación de las instituciones sanitarias	26
4. Características de la documentación sanitaria	30
5. Documentación médica	31
6. Circuitos de la información en los centros sanitarios	32
7. Normativa en vigor aplicable a los documentos sanitarios	36
8. La figura del Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitarias..	36

Capítulo 2

Diseño, elaboración y gestión de documentos sanitarios administrativos . no clínicos	43
1. La importancia de la documentación sanitaria administrativa.....	44
2. Criterios de cumplimentación y normalización de documentos sanitarios administrativos	45
3. Documentación sanitaria administrativa no clínica.....	48
4. Aplicaciones informáticas para el diseño y tratamiento de los documentos sanitarios administrativos.....	60

Capítulo 3

Definición y características de los documentos médico-legales	69
1. Concepto de documento médico-legal	70
2. Marco legal de los documentos médico-legales	70
3. Características generales y estructura de los documentos médico-legales ..	71
4. Clasificación de los documentos médico-legales	72

Capítulo 4

Gestión de historias clínicas desde el punto de vista documental	97
1. Definición de historia clínica	98
2. Características de la historia clínica	119
3. Tipos de historia clínica	120
4. Aspectos particulares de la normalización de los documentos de la historia clínica	126
5. Reglamento de uso, cumplimentación y acceso a la historia clínica	128
6. Estudio de la estructura y bloque de contenidos documentales de la historia clínica	131
7. Requisitos legales y normativos de la historia clínica	132
8. Documentos específicos de la historia clínica	133
9. Historia clínica electrónica	133
10. Catálogo documental de un hospital: sistema de información hospitalario ..	139
11. Hacia una historia clínica electrónica única por paciente	141

Capítulo 5

Diseño y elaboración de documentos clínico-asistenciales	151
1. Normalización documental	152
2. Análisis de los contenidos y elementos de un documento sanitario	153
3. Líneas y guías para el diseño de documentos clínicos: documentos tipo de historias clínicas	155
4. Tratamiento de gráficos informáticos. Aplicaciones informáticas de diseño y tratamiento gráfico	157
5. Consumo y costes de la documentación	158
6. Análisis de documentos vivos y corrección de deficiencias	159
7. Registro y documentos utilizados en Atención Primaria y Especializada	160
8. Normalización de la historia clínica electrónica	164
9. Normativa documental de la historia clínica electrónica	167

Capítulo 6

Verificación de la calidad de la documentación clínica	175
1. Gestión de calidad en la documentación sanitaria	176

2. Programas de control y evaluación de calidad	180
3. Metodologías para el diseño de protocolos en control de calidad	183
4. Diseño de estudios de control de calidad. Metodologías de encuestas tipo.....	187
5. Métodos de control de calidad documental: control de la calidad de la historia clínica.....	188
6. Concepto de auditoría aplicada a la documentación sanitaria.....	194
7. Comisiones de documentación en los centros sanitarios	196

Capítulo 7

Gestión del archivo de documentación sanitaria	205
1. Concepto de archivo clínico hospitalario	206
2. Funciones de un archivo central de historias clínicas	217
3. Zonas del archivo	217
4. Organización y sistemas de archivo	218
5. Archivo y nuevas tecnologías	220
6. Indicadores de actividad y controles de calidad del archivo central de historias clínicas	222
7. El archivo como unidad de apoyo a la docencia e investigación. Circuito de la documentación.....	229
8. Legislación aplicable en Sanidad.....	230
Soluciones “Evalúate tú mismo”	238

CAPÍTULO

2



DAILY REPORT SCHEDULE

PATIENT NAME	7AM	11AM	3PM	7PM	7AM	11AM	3PM	7PM	7AM	11AM	3PM	7PM
TIME												
BP												
HR												
RR												
GLUCOSE	<input type="checkbox"/>											
TEMP												
PRN												
PROB/ISSUES												
CHEKCS	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30											
MISC CHECKS	<input type="checkbox"/>											

PATIENT MEDICATION SCHEDULE

PATIENT NAME	0700	0900	1000	1200	1300	1400

..... MD

DISEÑO, ELABORACIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS SANITARIOS ADMINISTRATIVOS NO CLÍNICOS

María Cullell Mata

Sumario

1. La importancia de la documentación sanitaria administrativa
 2. Criterios de cumplimentación y normalización de documentos sanitarios administrativos
 3. Documentación sanitaria administrativa no clínica
 4. Aplicaciones informáticas para el diseño y tratamiento de los documentos sanitarios administrativos
- Resumen, glosario, abreviaturas y siglas, ejercicios y test de evaluación

La **historia clínica** existe desde la antigüedad. Los egipcios fueron los primeros en utilizarla hace 3.000 años, como así reflejan tablas de la época. Más adelante, en la Antigua Grecia, en la Edad Media y en el Renacimiento se continuó elaborando.

En el siglo xvii, **Boerhaave** fue el primero en indicar que el examen médico del enfermo habría de empezar por la **inspección, anamnesis y exploración**, y estructuró la historia clínica en 5 capítulos, que son básicamente los que hoy se utilizan.

La historia clínica es el **documento esencial del aprendizaje y la práctica clínica**. Las primeras historias clínicas completas están contenidas en los libros las *Epidemias I y III* del *Corpus Hipocraticum*. Su elaboración se recupera en la Edad Media con los *Consilia* y se mantiene a lo largo del Renacimiento, denominándose *Observatio*.

Sydenham perfecciona su contenido, que se completó a lo largo del siglo xviii con el **método anatomoclínico** y del siglo xix con el desarrollo de **técnicas fisiopatológicas**. El siglo xx representa un rápido crecimiento de pruebas complementarias con aumento de la **complejidad** de la historia clínica, que se convierte en **multidisciplinar** y de obligado cumplimiento.

La **informatización** de la historia clínica conllevará cambios radicales en el siglo xxi. Hoy en día, la historia clínica se ha convertido en un documento de gran importancia, no solo para el **servicio de salud** sino también para el **paciente**.



La historia clínica es el conjunto de la información obtenida en los procesos asistenciales de cada paciente, con el objeto de lograr la máxima integración posible de la documentación clínica.

I. DEFINICIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

La **historia clínica** (HC) es el conjunto de la información obtenida en los procesos asistenciales de cada paciente, con el objeto de lograr la máxima integración posible de la documentación clínica (Figura 1).

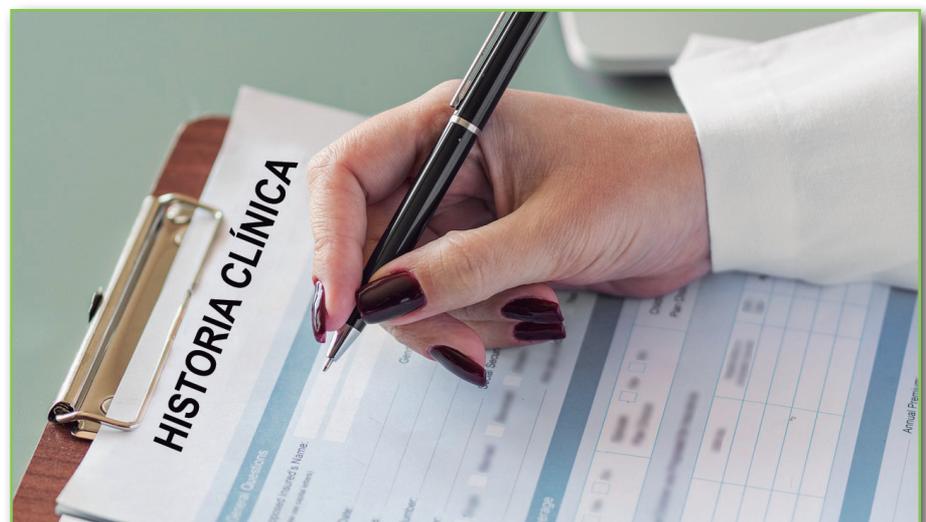


Figura 1. La historia clínica.



<https://www.notificaram.es/Pages/CCAA.aspx#no-back-button>

Sistema español de farmacovigilancia de medicamentos de uso humano



<https://www.osakidetza.euskadi.eus/farmacovigilancia-tarjeta-amarilla/r85-pkfarm06/es/>

Formulario para evaluar una posible relación entre un medicamento y una reacción adversa



RECUERDA QUE

Los fármacos que se dispensan en España están autorizados por la AEMPS, pero como toda sustancia química, pueden provocar reacciones adversas en un momento dado, por lo que es esencial la farmacovigilancia.

la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional.

A partir de aquí son las CC. AA. las que legislan al respecto y diseñan los modelos de documentos de enfermedades de declaración obligatoria (Figura 4).

► **Partes de notificación de sospecha de reacciones adversas al medicamento (RAM).** Ante una sospecha de reacción adversa a un medicamento, los profesionales sanitarios deben de informar al servicio de farmacovigilancia autonómico y este al Sistema Español de Farmacovigilancia, para así poder realizar el seguimiento adecuado.

Los profesionales sanitarios realizan la notificación vía *on line*, a través de la página del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social o mediante correo postal utilizando la **tarjeta amarilla del centro de farmacovigilancia** de la comunidad autónoma donde ejerce su profesión.

Además de los profesionales sanitarios, también los **ciudadanos** pueden notificar a través de un formulario electrónico.

4.1.3. Partes laborales

► **Partes laborales de incapacidad temporal.** Por incapacidad laboral temporal se entiende aquella situación en que se encuentra el trabajador que, por causa de enfermedad o accidente, está imposibilitado con carácter temporal para el trabajo y precisa asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Así que en función de su origen, las incapacidades se pueden dividir en dos grupos:

- **Incapacidad temporal por contingencias comunes** (i.t. por c.c.): es aquella situación legal en la que se encuentran los trabajadores/as que no pueden realizar su trabajo por razones de salud, debido a un accidente o una enfermedad cuyo origen no es laboral.
- **Incapacidad temporal por contingencias profesionales** (i.t. por c.p.): es aquella situación legal en la que se encuentran los trabajadores/as que no pueden realizar su trabajo por razones de salud, debido a un accidente de trabajo o una enfermedad profesional (Figura 5).

A partir del **24 de marzo de 2007** y como consecuencia de la entrada en vigor de **Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo**, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, también tienen la consideración de contingencia profesional la situación de riesgo durante el **embarazo** y riesgo durante la **lactancia natural**.

Para que se hagan efectivas este tipo de contingencias, el **papel del médico** resulta fundamental, pues son estos los que, mediante la

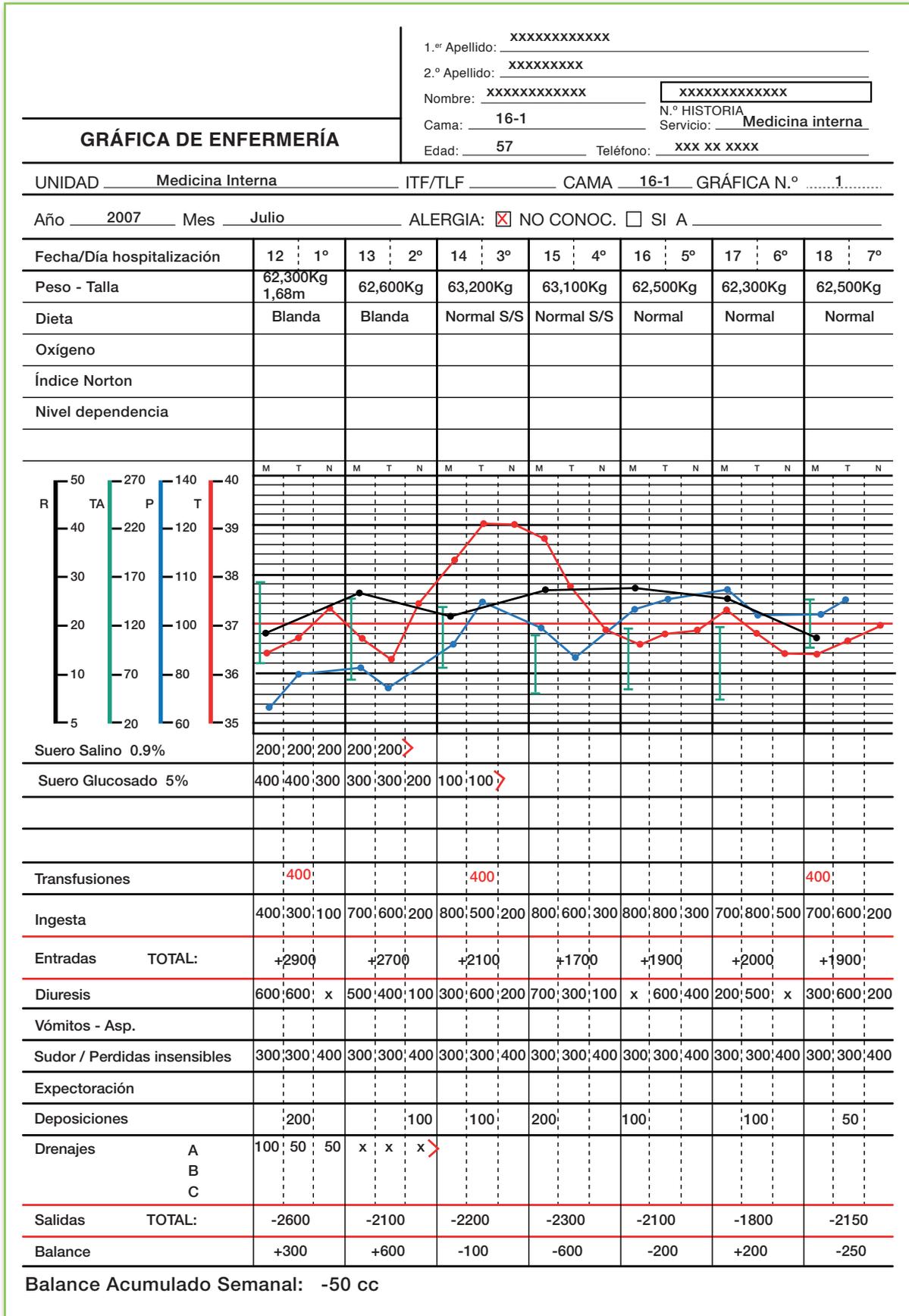


Figura 14. Modelo de gráfico de constantes vitales.

Por último, respecto a los contenidos y elementos de los documentos clínicos que conforman la historia clínica, estos vienen marcados por la Ley 41/2002 y el Real Decreto 1093/2010. A partir de aquí son las comunidades autónomas las que regulan de forma más específica y adaptada a su entorno los elementos de los documentos clínicos.

En el siguiente enlace puede analizarse la normativa del País Vasco sobre contenidos de su historia clínica:



http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/pv-d38-2012.html



Los documentos mínimos que componen la historia clínica están marcados por la Ley 41/2002.

2.1. Principales errores y disfunciones en los documentos sanitarios

Los documentos sanitarios más utilizados en el día a día en los centros sanitarios son los documentos clínicos, puesto que son los que recogen la información clínica de la asistencia al paciente. Por eso, son sin duda los más complejos para cumplimentar por parte de los profesionales sanitarios y donde más errores se pueden encontrar.

La historia clínica electrónica ha supuesto numerosas ventajas respecto a la de papel, por esto hoy en día el uso de la HCE es mayoritario; en Atención Primaria es total y en Atención Especializada prácticamente todos los hospitales ya la tienen implantada para su uso diario.

Aún así, la HCE presenta una serie de **errores**, disfunciones, limitaciones en los documentos clínicos. Los más frecuentes son los siguientes:

- 】 Facultativos reacios a aprender todas las posibilidades de la HCE, ya que el objetivo de esta es la mejora asistencial en todos sus sentidos.
- 】 Falta de coordinación entre los facultativos que trabajan día a día con la HCE y los gestores informáticos.
- 】 Falta una terminología más estandarizada a utilizar por los profesionales sanitarios.
- 】 El sistema informático permite copiar y pegar información en la HCE, con lo que conlleva a errores en las anotaciones de los facultativos.
- 】 Limitación para obtener una lista de problemas activos del paciente.
- 】 Limitación en la entrega al paciente una copia electrónica de su información clínica.
- 】 La prescripción clínica y la receta electrónica muestra limitaciones.



RECUERDA QUE

En los anexos del Real Decreto 1093/2010 se puede consultar el conjunto mínimo de datos y los datos recomendables para cada tipo de documento clínico.

- › Difícil detección de las interacciones medicamentosas y de las alergias medicamentosas (Figura 1).
- › Difícil comunicación directa con las autoridades sanitarias de los indicadores.
- › Necesidad de registro de pacientes con enfermedades similares para mejorar la calidad, investigación y medidas proactivas.
- › Hay limitaciones para intercambiar información clínica entre distintos facultativos que atienden al paciente.
- › Es necesario implementar sistemas de seguridad y privacidad de los datos del paciente.
- › Es necesario reconciliar la medicación entre los distintos ámbitos asistenciales.



La falta de una terminología más estandarizada conduce a numerosos errores en la historia clínica.



Figura 1. Interacciones medicamentosas.

⇒. LÍNEAS Y GUÍAS PARA EL DISEÑO DE DOCUMENTOS CLÍNICOS: DOCUMENTOS TIPO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Es esencial que la HC en soporte papel o electrónica esté estandarizada respecto al diseño, forma, elementos y contenidos.

Respecto al diseño en la HC en papel, se siguen las siguientes **normas generales**:

- › El tamaño del papel deberá adoptar series internacionales. Siempre que sea posible se aconseja el tamaño DIN A4 (210 x 297 mm).



<http://vallartaopina.net/2017/12/29/s-gente-pv/toma-control/sindrome-agotamiento-profesional-los-medicos/>



Las tres principales acreditaciones externas de calidad en los hospitales españoles son la ISO 9000, la Joint Commission y el modelo EFQM®.



RECUERDA QUE

En España el principal organismo de acreditación es la AENOR, pero también son muchas más empresas las que pueden acreditar certificaciones de calidad.



https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2340/mod_resource/content/1/Modulo_4/Lecturas_Complementarias/Semana_1_M4.S1.Lectura OPCIONAL_2_-_Sistema_de_acreditacion_Joint_Commission.pdf

Sistema de acreditación
Joint Commission International (JCI)
FADA

El modelo EFQM® (European Foundation for Quality Management). Clasifica la actividad en 9 grandes criterios, entre los cuales destacan: establece que una organización debe gestionar bien sus recursos (humanos y materiales); con una actividad correctamente planificada y ejecutada (procesos); obtener unos resultados óptimos en sus clientes y en los propios trabajadores, sin olvidar el impacto en el medio ambiente físico y social. Estos criterios pueden utilizarse para evaluar el progreso de la organización hacia la excelencia, ya que permite comparar la realidad de la organización con una situación teóricamente excelente. De esta comparación surgen los **puntos fuertes** y áreas de mejora (Figura 4).



Figura 2. Sello de acreditación de la ISO.



Figura 3. Sello de acreditación de la Joint Commission.



Figura 4. Sello de acreditación de la EFQM®.

2. PROGRAMAS DE CONTROL Y EVALUACIÓN DE CALIDAD

Estos programas, como ya se ha apuntado, se llevan a cabo para conseguir una calidad asistencial. Igual de importante es el control de todas las actividades, como la **evaluación**, ya que permite medir el nivel alcanzado de calidad, identificar problemas y compararlos con los objetivos previamente establecidos.

elaboración. Los valores absolutos o brutos deben estar referidos a algo o alguien en forma de porcentajes, ratios, tasas, etc., para permitir su interpretación y comparación.

Al hablar de indicadores, es habitual referirse a los cuadros de mando y a la monitorización. En realidad, los indicadores son útiles siempre y cuando se “vigilen a lo largo del tiempo” para comprobar y analizar su evolución (Tabla 1). A este proceso se le denomina **monitorización**. Baste recordar que el modelo EFQM sugiere analizar la evolución de los indicadores clave durante un periodo de 5 años.



Los cuadros de mando son una herramienta esencial para el control de calidad de un proceso y son útiles para monitorizar los indicadores.

Propuesta de cuadro de mandos con indicadores para servicios médicos

TABLA 1

	Periodicidad	Presentación	Comparación
Recursos y actividad			
<i>Estructura</i>			
Camas de hospitalización	A	T	Año previo
Horas consultas externas	M	T	Año previo
<i>RRHH</i>			
Jefe servicio	A	T	Año previo
Jefes sección	A	T	Año previo
Médicos adjuntos	A	T	Año previo
<i>Hospitalización</i>			
Camas disponibles	M	T	Año previo
Ingresos totales	M	G	Año previo
Ingresos programados	M	T	Año previo
Ingresos urgentes	M	T	Año previo
Presión de urgencias	M	T/G	Año previo
Total de estancias	M	G	Año previo
Estancias de las altas propias	M	T	Año previo
Altas totales	M	T	Año previo
Altas a otros centros	M	T	Año previo
Altas por fallecimiento	M	T	Año previo
Interconsultas	M	T	Año previo
Servicios solicitantes de interconsultas	M	T	Año previo
<i>Hospital de día</i>			
Número de tratamientos totales	M	T	Año previo
<i>Consultas externas</i>			
Primeras visitas	M	G	Año previo
Sucesivas visitas	M	T	Año previo
<i>Pruebas complementarias</i>			
Número de exploraciones por tipo	M	T	Año previo



RECUERDA QUE

Las autorías en materia de calidad son totalmente voluntarias en los centros sanitarios, por lo que actualmente se llevan a cabo en aquellos centros donde se potencia la cultura de la calidad.

“Recomendación de tipo I”, que es un aviso para que tome medidas y resuelva su situación si quiere seguir con la acreditación.

Las guías indican que cualquiera de las siguientes situaciones puede dar lugar a que la institución reciba este tipo de aviso:

- 】 Cuando el número de historias punibles supera al 50 % del número de altas de un mes.
- 】 Cuando el número de historias clínicas punibles debidas a la ausencia de anamnesis y exploración física excede del 2 % de la media de altas.
- 】 Cuando el número de historias clínicas punibles debidas a la ausencia de informe quirúrgico excede del 2 % de la media de intervenciones quirúrgicas mensuales.

7. COMISIONES DE DOCUMENTACIÓN EN LOS CENTROS SANITARIOS

La comisión de historias clínicas del hospital es un órgano consultivo formado por profesionales del hospital, que colabora con la planificación, gestión y el control de calidad en las historias clínicas.

Respecto a la **composición de esta comisión**, depende del hospital, pero habitualmente es un **equipo interdisciplinar** formado por un número variable de miembros, que se adapta a las funciones que desempeña en un momento dado (Figura 8). Se consideran miembros de la comisión:

- 】 Un/a representante de la dirección médica.
- 】 Un/a representante de la dirección de enfermería.
- 】 Un/a representante del Servicio de admisión y documentación clínica, que suele ser el jefe del servicio.
- 】 El resto de los/las vocales correspondrán a servicios médicos y quirúrgicos, médicos de plantilla, residentes y personal de enfermería, así como representantes del grupo de administración.



Figura 8. Comisión de HC multidisciplinar.

También, es necesario subrayar que es esencial la coordinación entre la comisión de historias clínicas y el personal de informática responsable del SIH del hospital.

Para comprender esta división numérica, la HC n.º 1 será 00.00.01; la n.º 123456 será 12.34.56. Si tuviese más dígitos como 1234567 sería la 123.45.67.

Los tres grupos de dígitos en que se divide el número de HC tienen función clasificatoria, de tal modo que para la historia clínica 123456, tenemos:

- ▶ Número primario o sección: el primer grupo de dos dígitos de la derecha: 12.34.[56], que indica la sección donde se colocará la HC.
- ▶ Número secundario o división: el grupo de dígitos que le siguen a la izquierda: 12.[34].56, que indica la división donde se colocará la historia clínica.
- ▶ Número terciario o final: el grupo de dos o más dígitos que siguen al número secundario: [12].34.56, que indica el orden dentro de la división.

El **procedimiento de archivado** será:

- ▶ Fijarse en el número primario que indica la sección (Figura 4).
- ▶ Observar el número secundario para saber en qué división se archivará dentro de la sección.
- ▶ Archivar la HC según el orden correlativo del número final o terciario. Así, nuestra HC 123456, se clasificará en posición 12 de la división 34 de la sección 56.
- ▶ Esta HC precederá a la HC 133456 e irá detrás de la 113456.



Figura 4. Archivado doble dígito terminal.

Las **ventajas** de este sistema:

- ▶ El trabajo se realiza de forma más rápida y más exacta, se reduce alrededor de un 30 % el tiempo de archivado.
- ▶ Se reducen los errores de archivado al tener que considerar dos o tres dígitos.
- ▶ Las historias clínicas se distribuyen de forma pareja en las 100 secciones del archivo.
- ▶ El trabajo del personal se puede distribuir más equitativamente, teniendo todo el personal la misma cantidad de trabajo, al poder



RECUERDA QUE

Los archivos externos deben garantizar el envío continuo de las historias clínicas al centro sanitario porque pueden ser necesitadas en cualquier momento.

6.1. Indicadores del control del proceso de archivado de historias clínicas

Los índices que se citan a continuación pretenden evaluar la capacidad del archivo en cuanto a su rentabilidad, eficacia en el proceso de archivado y fiabilidad de la información disponible sobre la situación y ubicación de las HC.

6.1.1. Índice de eficacia (IE)

$$IE = \frac{\text{N.º de HHCC encontradas en el archivo}}{\text{N.º de HHCC buscadas en el archivo}}$$

El valor obtenido debe de situarse entre 0,95 y 1. Cualquier resultado inferior a 0,95 se considerará inadecuado. Tiene tanto en cuenta las HC almacenadas en el archivo activo como en el pasivo.

Ejemplo: se solicitan, como media 1.300 HC diarias, las buscamos en el archivo y solo encontramos 1.270 archivadas. ¿Cuál es el IE?

$$IE = 1.270/1.300 = 0,976$$

Resultado: El IE es adecuado.

6.1.2. Índice de errores de localización (IEL)

Es igual a la suma del índice de los errores de localización de HC en el archivo (IELA) más el índice de los errores de localización de HC en préstamo (IELP):

$$IEL = IELA + IELP$$

El valor obtenido ha de situarse entre 0 y 0,5. Valores superiores al estándar indican problemas en el proceso de archivado y de control de las HC.

El IELA se calcula a su vez dividiendo el número de HC con errores de localización (n.º HCEL) entre el número total de HC archivadas (n.º HCA) y se expresa en tanto por uno.

$$IELA = n.º HCEL / n.º HCA$$

El IELP se calcula dividiendo el número de HC en préstamo con errores de localización (n.º HCELP) entre el número total de HC archivadas (n.º HCA) y se expresa en tanto por uno.

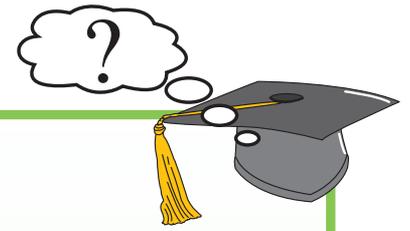
$$IELP = n.º HCELP / n.º HCA$$



Los indicadores de actividad son necesarios para el control de calidad de las funciones del archivo y se deben calcular con una periodicidad máxima anual.

RESUMEN

- ✓ La **historia clínica** es el **documento básico en la asistencia sanitaria**. Se define como el **conjunto de la información** obtenida en los procesos asistenciales de cada paciente con el objeto de lograr la máxima integración posible de la documentación clínica. Además, es un documento médico-legal, ya que es la máxima prueba de relación médico-paciente. La historia clínica está cumplimentada por los **médicos** principalmente, aunque también por otros **profesionales sanitarios**.
- ✓ Son numerosas sus **funciones**. La asistencial es la principal, pero también tiene utilidad para la docencia. Además, se encuentran otras funciones como la investigación, control de calidad de la asistencia o planificación sanitaria.
- ✓ Sus **contenidos básicos** vienen regulados inicialmente por la legislación: la **Ley 41/2002** y el **Real Decreto 1093/2010**, que son los que marcan las directrices. A partir de aquí, debido a que Sanidad es una competencia transferida, son las **CC. AA.** las que regulan los contenidos, estructura, gestión y conservación.
- ✓ Actualmente, la **historia clínica electrónica** está casi implantada, por lo que ya no se utiliza prácticamente la historia clínica en papel aunque siguen coexistiendo ambas debido a que hay documentos como el **consentimiento informado** que no lleva firma digital del paciente todavía.
- ✓ El uso de la historia clínica electrónica supone numerosas **ventajas**, puesto que el profesional sanitario puede consultar la historia clínica en cualquier momento desde cualquier ordenador y, además, los **software** que soportan esta historia clínica electrónica están interconectados con programas de gestión de pacientes, facturación e incluso con la historia clínica del paciente en Atención Primaria, por lo que así se conforma el **sistema de información hospitalario** donde el catálogo documental se compondrá de documentos clínicos de la historia clínica, documentos administrativos relacionados con la gestión de pacientes e incluso documentos económicos.
- ✓ El problema principal de esta historia clínica electrónica era que como son las **CC. AA.** las que tienen la competencia en cuanto a este tema, cuando el paciente tenía que ser atendido en otra comunidad autónoma distinta, el facultativo no podía acceder a la documentación clínica. Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud creó en 2006 un proyecto de historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud que supuso que el facultativo ya pudiera acceder a la información clínica más relevante de la historia clínica del paciente. Actualmente funciona plenamente este tipo de historia clínica y además España es uno de los países pioneros en historia clínica electrónica.



EJERCICIOS

› E1. Relaciona las funciones de la HHCC con sus características.

Clínica o asistencial	Muestra el proceso de atención. Puede ser clave en reclamaciones
Garantía de calidad asistencial	Inspección de la Seguridad Social, auditorías, etc.
Investigación clínica y epidemiológica	Contiene datos para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la evolución del paciente
Docencia	Registro para evaluar la actividad sanitaria
Jurídico-legal	Proporciona datos para estudios médicos, epidemiológicos, etc.
Controles operativos externos e internos	Base de datos que facilita la formación inicial y continuada de los profesionales sanitarios

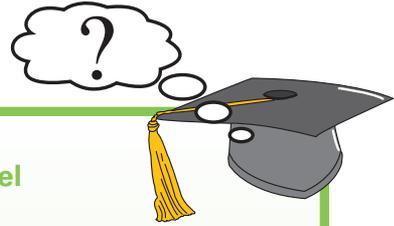
› E2. A continuación, se presenta un listado con diferentes características de distintos tipos de historias clínicas. Nombra con qué tipo de historias clínicas de las que se han comentado en clase está relacionada cada una.

- Es más simple que la hospitalaria, ya que se recogen problemas de menor relevancia.
- Fácil acceso a la hora de consultar cualquier historia clínica.
- Recoge la información de los problemas del paciente en un listado.
- Es un elemento de comunicación común entre el ámbito sanitario y los cuidados sociales.
- Es útil para el seguimiento de pacientes de larga estancia o convalecientes.
- Posibilidad de acceso a cualquier historia clínica en tiempo real.
- Permite tener un seguimiento personal y familiar.
- Figura como un modelo tradicional en la mayoría de los hospitales.
- También se le conoce como “Informe de urgencias”.
- Es poco utilizada en los hospitales porque requiere mayor esfuerzo en su elaboración.

› E3. Haz un esquema de los contenidos mínimos de la historia clínica y explica brevemente los datos que se pueden encontrar en cada uno de estos documentos.

› E4. A continuación, se presentan algunas de las características que debe tener la historia clínica, relaciónalas con las siguientes expresiones y completa los huecos.

Confidencial
 Identificación de los profesionales
 Historia clínica única
 Privada
 Archivo de forma segura



» E3. Clasifica las siguientes historias según el método del dígito terminal doble y doble modificado:

- | | | |
|----------|----------|----------|
| - 261205 | - 283152 | - 293152 |
| - 289974 | - 299974 | - 75 |
| - 3252 | - 281205 | - 271205 |
| - 10075 | - 301205 | - 20075 |
| - 13252 | - 23252 | - 291205 |

» E5. Clasifica las siguientes historias por orden según los métodos: secuencial, dígito terminal simple, doble y triple.

- | | | |
|----------|----------|----------|
| - 255316 | - 9016 | - 202310 |
| - 195817 | - 234216 | - 245215 |
| - 995115 | - 58916 | - 15817 |
| - 65817 | - 52310 | - 10001 |
| - 74110 | - 15000 | - 75110 |



EVALÚATE TÚ MISMO

1. Entre las ventajas de un archivo centralizado no se encuentra:

- a) Evita la duplicación de documentos.
- b) Requiere poco espacio.
- c) Permite la estandarización y protocolización de los procedimientos.
- d) Permite integrar la documentación de los distintos servicios.

2. El archivado del bloque de traumatología se le puede considerar:

- a) Un archivo descentralizado.
- b) Un archivo específico.
- c) Un archivo marginal.
- d) Un archivo departamental.

3. ¿Las técnicas de expurgo pertenecen a las funciones dentro del archivo de...?:

- a) Préstamo.
- b) Preservación.
- c) Conservación.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.



SOLUCIONES EVALÚATE TÚ MISMO



http://www.aranformacion.es/_soluciones/index.asp?ID=41