

Cuestiones relativas a la historia clínica

Ricardo Becerro de Bengoa Vallejo¹, Beatriz Gómez Martín¹, Rubén Sánchez Gómez¹, María Dolores Marín Muñoz¹, Marta Elena Losa Iglesias²

¹Departamento de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid (U.C.M.) ²Departamento de Podología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Madrid (CEES)

Correspondencia:
Beatriz Gómez Martín
Urb. Gran Habitat 3, 2ªA
28500 Arganda del Rey. Madrid
E-mail: bgm@eresmas.com

Resumen

El presente artículo tiene por objeto establecer los documentos que constituyen el registro de actividades clínicas y se dirige a establecer los contenidos mínimos que deben de constar en la historia clínica, así como a establecer un modelo de la misma orientado al ámbito de las Ciencias Podológicas.

Palabras clave: Historia clínica. Historia podológica. Documentos clínicos.

Introducción

En el ámbito de las Ciencias Podológicas, se ha experimentado una mayor competencia profesional como consecuencia de la implantación del Título Oficial de Diplomado en Podología con validez Oficial en todo el territorio nacional, tanto de forma cuantitativa, referida al aumento de actos podológicos, como cualitativa, utilizando procedimientos cada vez más perfeccionados y eficaces, todo ello, ha significado que en el tratamiento del paciente, en cualesquiera de sus ámbitos, ya sea quirúrgico o conservador, así como en el diagnóstico previo en las afecciones y deformidades del pie, deba de hacerse constar la historia clínica como herramienta de trabajo para los profesionales facultados en el tratamiento de las afecciones y deformidades del pie, a efectos de interpretación clínica o con fines científicos o jurídicos.

Summary

The aim of the present article is to establish the documents that constitute the record of clinical activities and also it will establish the minimal contents that must be present in the clinical history, as well as to illustrate a model of a same orientation to the health sciences area.

Key words: Clinical history. Podiatric history. Clinical documents.

Concepto legal de historia clínica

El concepto de Historia Clínica se infiere del Contenido del artículo 61 de la Ley General de Sanidad donde establece que se debe de procurar la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínico-sanitaria única para cada paciente deberá mantenerse, al menos dentro de los límites de cada institución asistencial.

Del concepto legal transcrito se extraen las siguientes notas individualizadoras de la historia clínica:

1. La historia clínica es un conjunto de información que, normalmente, tiene su sustrato en papel pero también, a consecuencia de la implantación de nuevas tecnologías, resulta admisible su recepción a través de los medios técnicos, telemáticos, informáticos o audiovisuales (Ley 30/1992, de 26 de noviembre,

sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común).

2. Dicha información ha de concentrarse en cada Área de Salud. Conforme a lo dispuesto en el artículo 56.2 de la Ley General de Sanidad; en el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud, las Áreas son estructuras fundamentales del Sistema Sanitario, responsabilizadoras de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Ha de hacerse mención al hecho relativo a que la historia clínica debe mantenerse como mínimo dentro de los límites de cada institución asistencial (artículos 63, 64 y 65 de la Ley General de Sanidad).
3. La finalidad de la historia clínica estriba en procurar la máxima integración de la información relativa a cada paciente; esto es, permitir el diagnóstico de los procesos patológicos que aquejan al enfermo, su tratamiento, su interpretación médica y la formación del acervo científico.
4. Sometida al principio de unidad. La historia clínica es única por cada paciente, al igual que acontece con la afiliación a la Seguridad Social, que es única para cada trabajador.
5. Las personas que tienen acceso a la historia clínica son un *númerus clausus*. El artículo 61 de la Ley General de Sanidad legítima, para acceder a la información reflejada en la historia clínica, a los siguientes sujetos: el propio enfermo, los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y tratamiento de enfermo y la Inspección Médica.
6. La formación concentrada en la historia clínica está sujeta a los límites derivados del derecho a la intimidad personal y familiar del paciente y al deber médico de guardar secreto profesional. Los limitados sujetos que, en el ejercicio de sus competencias asignadas legal o reglamentariamente, tienen acceso – de modo libre o restringido – a la historia clínica se hallan sujetos a posteriori a las obligaciones citadas en el encabezamiento del presente párrafo.

Este concepto determina, por tanto, que todos los datos relativos al estado de salud del paciente

deben de estar en una única historia clínico-sanitaria y no procede tener registrados los datos de salud del paciente en modelos de historia recogidos de forma separada e independiente, atendiendo a criterios de atención sanitaria, como pudiera ser el caso de una historia clínica en quiropodología, en ortopodología o cirugía podológica.

Se insiste en la necesidad de que todos los datos de salud relativos a un mismo paciente consten en una misma y única historia clínico-sanitaria.

Regulación normativa

Pueden señalarse como normas disciplinarias que regulan la historia clínica las siguientes:

- a. En el ámbito internacional, al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce, en su artículo 12.1, el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- b. En el ámbito propio del Derecho Comunitario, se encuentran referencias relativas a la protección de la salud, y en consecuencia a la historia clínica, en la Directiva 95/46/CE que, en relación con el tratamiento automatizado de datos, prevé la protección futura del dato personal aún cuando no sea objeto de ese tratamiento, estableciendo categorías especiales de datos especialmente protegidos que podrán ser tratados para necesidades específicas, en particular con fines relacionados con la salud.

Asimismo, el Convenio nº108 del Consejo de Europa, para la protección de las personas con relación al tratamiento de datos de carácter personal, define, en su artículo sexto, unas categorías de datos especiales que guardan relación con la estructura identificativa del sujeto y de la anamnesis de la historia clínica (origen racial, opiniones políticas y religiosas, datos concernientes a la actividad sexual...) y que gozan de una protección especial y reforzada.

Por otra parte, el artículo 129 del Tratado de Maastricht, o de la Unión Europea, alude a la historia clínica a resaltar el aspecto informativo de las políticas sanitarias. Así dispone el referido artículo que “la Comunidad contribuirá a la consecución de un alto nivel de protección de la salud humana fomentando la cooperación de los Estados miembros y, si fuere necesario, apoyando la acción de los mismos”. También señala que “la Comunidad contribuirá a que se alcance un

alto nivel de protección de los consumidores mediante acciones que apoyen y complementen la política llevada a cabo por los Estados miembros a fin de proteger la salud, la seguridad y los intereses económicos de los consumidores, y de garantizarles una información adecuada”.

La Ley General de Sanidad establece una serie de derechos que configuran la protección de la salud. Estos son, entre otros, el derecho indiscriminado al respeto de la personalidad y la intimidad (artículos 14 y 18); derecho a la información sobre los servicios sanitarios a los que cabe acceder; y a la confidencialidad de los informes médicos; a ser advertido si los procedimientos terapéuticos pueden ser utilizados para la docencia con su autorización; a ser informado de forma clara sobre su proceso patológico; a la libre elección entre las opciones que le presente el médico; a negarse a tratamiento salvo casos excepcionales... Estos derechos son invocables ante el juez, en su caso, en vía contencioso administrativa.

Los preceptos internacionales, comunitarios y constitucionales, anteriormente transcritos, han sido desarrollados por:

1. *La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.*

Dicha Ley Orgánica establece en su artículo 8 que los datos relativos a la salud, sin perjuicio de lo que se dispone en el artículo 11 respecto de la cesión, las instituciones y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad

Por otra parte, el artículo 11 de la Ley Orgánica antedicha que los datos de carácter personal objeto del tratamiento sólo podrán ser comunicados a un tercero para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario con el previo consentimiento del interesado.

2. Los artículos 8, 10, 23 y 61 de la Ley General de Sanidad.

El artículo 8.1 de la Ley General de Sanidad configura como actividad fundamental del Sistema Sanitario la “...planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica”.

El artículo 10 de la Ley anteriormente cita-

da, en sus epígrafes tercero, séptimo, octavo y undécimo, regula -como derechos de los pacientes- los relativos a la confidencialidad de la información relacionada con el proceso patológico; a la identificación del facultativo que, de forma directa va a estar vinculado con el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos del enfermo; a la expedición del certificado acreditativo del estado de salud del paciente y, en fin, a que quede constancia por escrito de todo el proceso patológico y a la expedición del parte de alta.

El artículo 10.11 de la citada Ley General de Sanidad, establece el derecho del paciente a que quede constancia por escrito de todo su proceso y a que se le emita el correspondiente informe de alta.

En el artículo 23 del Texto Legal de referencia, se establece la creación de registros y elaboración de los análisis de información necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones de las que puedan derivarse acciones de intervención de la autoridad sanitaria. En último lugar, el artículo 61 de la Ley General de Sanidad, como se ha expuesto al inicio del presente comentario, contiene el concepto legal de la historia clínica.

3. El artículo 7.4 de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen:

Conceptúa como intromisión ilegítima en el ámbito de protección delimitado por el artículo 2 de la misma “la revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional y oficial de quien los revela”.

4. Artículos 85.5, 96 y 98 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, reguladores de las recetas, la valoración de la prescripción y la información agregada, aspectos de éstos de carácter farmacológico que, asimismo, guardan conexión con la historia clínica.

5. A nivel reglamentario, la historia clínica se halla regulada, de manera directa, por el artículo 5, apartado sexto, del Anexo I del Real Decreto 63/1995, de 20 enero, sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, el cual, en términos genéricos, dispone -con relación a los Servicios de Documentación e Información Sanitaria- que “constituyen servicios en materia

- de información y documentación sanitaria y asistencial...la comunicación o entrega, a petición del interesado, de un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario”.
6. La Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984, por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta, que, en su artículo 3.4.e) señala entre los requisitos mínimos que debe reunir el informe de alta “el resumen de la historia clínica y exploración física del paciente”.
 7. El Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social, aprobado por Decreto 3160/1996, de 23 de diciembre, cuyo artículo 66.3.i) considera falta grave el quebranto del sigilo profesional.
 8. La Orden de 21 de julio de 1994, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se regulan los ficheros con datos de carácter personal gestionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en cuyos anexos relativos al INSALUD, Atención Especializada y Atención Primaria, se regula el fichero denominado “usuarios del sistema sanitario”, cuyos usos y fines son: “conocer la identidad del paciente, así como sus datos personales y los relativos a la facturación del servicio prestado, estado de la salud inicial y final para la identificación y asociación de datos de la historia clínica, gestión de la actividad asistencial, financiera, docente, producción de estadísticas e investigación sanitaria”, hallándose prevista la cesión de aquellos datos a “otros organismos del sistema sanitario y organismos oficiales de estadística”.
Asimismo, en los Anexos de la Orden Ministerial citada se regula también el fichero denominado “historias clínicas”, cuyos usos y fines son: disponer de los datos de la historia clínica del paciente para el seguimiento del mismo, gestión de la actividad asistencial, estudios de morbilidad, gestión financiera, actividad docente, producción de estadísticas e investigación sanitaria.
 9. El artículo 10.11 de la ley General de Sanidad establece que el paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso.
Al finalizar el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su Informe de Alta.
 10. La Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984, especifica que el Informe de Alta será entregado al paciente, familiar o a él allegado, cuando se haya producido, al menos, una estancia.
Este concepto de estancia dado el avance de la ciencia y de la tecnología ha hecho que tratamientos del pie que antes requerían ingreso, hoy día se realicen de forma ambulatoria sin requerir el ingreso del paciente que a sido sometido a un tratamiento podológico, por lo que el paciente debe de obtener su correspondiente Informe de Alta, donde conste todo su proceso.
 11. Las historias clínicas se podrán elaborar en soporte papel, audiovisual e informático, siempre que se garantice la autenticidad del contenido y la plena capacidad de reproducción futura.
En cualquier caso, se ha de garantizar que queden registrados todos los cambios e identificación de los profesionales asistenciales que los han realizado.
Todo ello, en cumplimiento del artículo 197.2 del Código Penal que establece penas a quien, sin estar autorizado, se apodere, utilice o modifique, en perjuicio de un tercero, datos reservados de carácter personal que se hallen registrados en ficheros informáticos, electrónicos o en cualquier otro tipo de archivo o registro, público o privado.

Normativa corporativa

El artículo 6 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero. Colegios Profesionales establece que los Colegios Profesionales, sin perjuicio de las leyes que regulen la profesión de que se trate, se rigen por sus estatutos y por los Reglamentos de Régimen Interior.

Por ello, se cita el *anuncio* de 3 de junio de 1993, de la Dirección General de Justicia e Interior, por el que se procede a la publicación del Reglamento Deontológico y de la Tarifa Mínima de Honorarios del Colegio Oficial de Podólogos de Canarias, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 22 del Decreto 277/1990, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Colegios Profesionales de Canarias, se procede a la publicación del Reglamento Deontológico y de la Tarifa Mínima de Honorarios del Colegio Oficial de Podólogos de Canarias.

El artículo 1 del Reglamento Deontológico, define la deontología profesional como el conjunto

de normas éticas o deberes del podólogo relacionados con su profesión, y que tienen la finalidad de conocer sus deberes sociales y profesionales. Igualmente, el artículo 2 establece claramente que las disposiciones del referido Código Deontológico obligan a todos los podólogos inscritos en el Colegio Oficial de Canarias.

Y este mismo Código recoge de forma clara e inequívoca aquello que la legislación y normativa vigente prevé, ya que en su artículo 13 establece que el podólogo llevará una historia clínica de cada paciente, en la que transcribirá todas las incidencias del tratamiento y su evolución.

Igualmente las historias clínicas deberán ser custodiadas por el Podólogo y únicamente podrán ser entregadas a personas o instituciones que garanticen la intimidad de las personas.

El citado código deontológico establece en su artículo 16 que en caso de jubilación, retirada de la profesión o después de transcurrido un tiempo prudencial, el Podólogo podrá destruir sus fichas clínicas, con excepción de las que sean transferidas a personas o a instituciones que garanticen la intimidad de las personas.

Sobre este punto, planteamos nuestra discrepancia con relación a la destrucción de las “fichas clínicas” ya que la información contenida en dichas “fichas clínicas” puede ser de interés, en un futuro, para el propio paciente, familiares u otros profesionales que hayan intervenido en la emisión de informes o participado de algún modo en el tratamiento del paciente.

Dicho planteamiento se apoya de forma objetiva en que si se diese el caso de que el podólogo se retire de la profesión mediante el traspaso, arrendamiento o venta de su consulta y con ella todas las historias clínicas de sus pacientes, éste deberá contar antes, con el consentimiento de cada uno de los pacientes para poder hacerlo.

Dicha afirmación se fundamenta en la regulación que sobre la comunicación de datos regula el artículo 11 de la Ley de orgánica 15 / 1999 de Protección de Datos de Carácter Personal estableciendo que los datos de carácter personal objeto de tratamiento solo podrán ser comunicados a un tercero para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario con el previo consentimiento del interesado.

Por otra parte, los datos de salud tienen la consideración de especialmente protegidos, al amparo del artículo 7 de la citada Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, por lo que se reco-

mienda no destruir las “fichas clínicas” a las que se hace referencia en el Código Deontológico hasta no obtener un dictamen por organismo o funcionario competente en la materia.

En el mismo sentido se expresa la Ley de Derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica (aprobado por el Parlamento Catalán el 21 de Diciembre de 2000), ya que en el artículo 12.1 establece que la historia clínica se debe de conservar como mínimo hasta 20 años desde la muerte del paciente, pudiéndose seleccionar y destruir los documentos que no sean relevantes.

Concepto de relevancia que queda acotado por el artículo 12.2. que especifica que en todo caso, la historia deberá conservarse junto con los datos de identificación del paciente, las hojas del consentimiento informado, los informes de alta, los informes quirúrgicos, los datos relativos a la anestesia, los informes de exploraciones complementarias y los informes de necropsias.

Estructura de la historia clínica

Analizados ya los diferentes requerimientos jurídicos que atañen a la historia clínica, pasamos a describir las que son las partes de la historia clínica:

- a. *Numero de identificación:* La historia clínica ha de tener un numero de identificación para su localización y acceso al documento, que puede ser el numero de DNI o de la Seguridad Social o cualquier otro que permita su localización para facilitar el acceso a la historia clínica cuando sea necesario, así como la interrelación de datos.
- b. *Datos de identificación del paciente:* Son aquellos que permiten la identificación del paciente tales como: El nombre, apellidos, domicilio, filiación, fecha y lugar de nacimiento, sexo, estado civil, profesión y actividad, dirección habitual y teléfono que permita su localización, pariente más cercano o representante legal y forma de contacto con el mismo.
- c. *Datos de identificación del Centro y del profesional/es que prestan asistencia.* Son aquellos que permiten la identificación del Centro que presta su asistencia sanitaria.
- d. *Datos clínicos.* Son los datos generados por la propia actividad clínica en cada una de las diferentes fases de la prestación socio-sanitaria y que habrán de incluir los siguientes apartados:

1. Datos de anamnesis:
 - Antecedentes personales de interés, fisiológicos y patológicos.
 - Antecedentes familiares de interés, fisiológicos y patológicos.
 - Descripción del problema de salud actual y motivos sucesivos de consulta*.
2. Procedimientos y datos diagnósticos:
 - Analíticas.
 - Códigos diagnósticos.
 - Exploración física.
 - Ordenes de exploración diagnóstica.
 - Pruebas complementarias de Diagnóstico (Radiografías, otras).
 - Solicitud de informe a otros especialistas y sus resultados.
 - Diagnóstico de presunción.
3. Procedimientos podológicos y datos terapéuticos:
 - Tratamientos conservadores.
 - Tratamientos farmacológicos.
 - Tratamientos quirúrgicos.

En el ejercicio de las competencias asumidas en los respectivos estatutos de autonomía, según se establece en el artículo 148.1, apartados 18 y 21 de la Constitución Española, hay comunidades autónomas que han dictado normas propias reguladoras de la historia clínica, como son las del País Vasco (Decreto 45/1998, de 17 de marzo) y la Comunidad Valenciana (Decreto 56/88 de 25 de abril).

Aun cuando su aplicación se limita al País Vasco, se reproduce en el presente dictamen ya que es la primera de características tan completas y por ello resultará sin duda modelo legislativo o práctico para la Podología. Así, se citará como ejemplo el *Derecho Vasco* Decreto 45/1998, de 17 de marzo exige, según los niveles de homologación establecidos para los centros hospitalarios, que se registren periódicamente y de forma actualizada, lo siguiente:

- Las incidencias.
- hallazgos exploratorios y pruebas complementarias acontecidas durante el proceso asistencial del paciente con mención expresa de los resultados íntegros de los estudios anatomopatológicos.

- Las razones que motiven la modificación de un diagnóstico.
- Las razones para el inicio, modificación o supresión de un tratamiento.
- Las órdenes terapéuticas.
- Los controles a realizar.
- Las exploraciones complementarias.
- Las constantes vitales y demás controles.
- La medicación administrada, por lo menos diariamente.
- Las infecciones detectadas en el centro asistencial.
- Los reconocimientos preoperatorios con el fin de valorar las técnicas anestésicas empleadas.
- La evolución de los signos vitales durante las intervenciones.
- Las medicaciones anestésicas con expresión de dosis y vías y estado clínico y analítico del paciente durante la intervención y a su fin.
- Los hallazgos quirúrgicos, incidencias de interés durante la intervención, estado postoperatorio del paciente y expresión de si se extrajeron o no muestras para análisis anatomopatológico posterior.

Igualmente se cita como ejemplo *el artículo 3 del Derecho Valenciano 56/1988*, con relación a la forma de las historias clínicas que deberán ser normalizadas en su estructura física y lógica con el fin de facilitar su uso por el personal sanitario y permitir la obtención de información con fines administrativos, estadísticos y de evaluación de calidad, escrita a máquina o con letra claramente legible, evitando la utilización de símbolos o abreviaturas, y toda anotación deberá ser fechada y firmada de forma que permita la identificación del personal sanitario que la realice.

De la misma manera la Comunidad de Madrid por Orden 1131 / 1994 de 21 de noviembre establece que para la realización de técnicas quirúrgicas de carácter ambulatorio, como son las que se aplican en la podología, además en la historia clínica se deberá hacer constar los siguientes datos:

- Presencia de un adulto responsable durante las primeras 48 horas posteriores al acto quirúrgico.
- Distancia del domicilio del paciente al centro.

*Ley de Derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica (aprobado por el Parlamento Catalán el 21 de Diciembre de 2000).

- Teléfono de contacto para posibilitar la comunicación inmediata en el caso de urgencia entre el domicilio y el centro.
 - Teléfono de contacto para posibilitar la comunicación inmediata con el podólogo cirujano responsable del acto quirúrgico.
- Igualmente, la Comunidad de Madrid según Orden de 11 de febrero de 1986, por el que desarrolla el Decreto 146 / 1985 de 12 de diciembre de centros y establecimientos sanitarios, establece en su artículo 3.25. 2 que cualquier enfermo sometido a intervención quirúrgica programada debe ser previamente revisado en consulta preoperatoria por el anestesista, cuyo informe ha de quedar incorporado a la historia clínica.

4. Datos de rehabilitación.
 5. Datos Pronósticos.
- E. Para poder comenzar a realizar todo el proceso terapéutico es necesaria la elaboración del *Consentimiento escrito del paciente o representante legal*, tanto para la realización de pruebas diagnósticas especiales como para iniciar el tratamiento, y en su caso, para la utilización con fines distintos al estrictamente asistencial, de los datos contenidos en la historia. Dicho consentimiento debe incorporarse a la historia clínica. Igualmente se deberá incorporar a la historia clínica la información facilitada al paciente en relación con su problema de salud**.
- F. Otros datos de interés en salud, tales como procedimientos preventivos, datos epidemiológicos
- G. Otros datos de interés para la salud pública.
- H. Informe de alta que deberá incorporarse a la historia clínica.

El Informe de alta será entregado al paciente, o por indicación del podólogo responsable, al familiar o tutor legal en el momento en que se produzca el alta.

En el caso de que por cualquier motivo, falten datos para entregar el informe de alta que contenga un diagnóstico definitivo, se elaborará un informe de alta provisional, que será sustituido en su día por el definitivo y remitido al paciente, o por indicación del podólogo responsable, al familiar o tutor legal.

El informe de alta provisional deberá de hacer constar que el diagnóstico es provisional hasta establecer el diagnóstico principal.

**Ley de Derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica (aprobado por el Parlamento Catalán el 21 de Diciembre de 2000)

Una copia del informe de alta quedará archivada en la consulta de podología.

Modelo de historia clínica en podología

Al amparo de la legislación autonómica, la Historia Clínica de los establecimientos sanitarios de Podología debe de formar un expediente integrado por los siguientes Tipos Documentales.

1. *Hoja de Consentimiento Informado.*

2. *Hoja de Anamnesis y Exploración Física.*

Es el documento destinado a recoger:

- a. La información referente al motivo de la consulta, antecedentes personales y familiares, cuestionario por aparatos y sistemas, relato de la enfermedad actual y otros aspectos clínicos de interés.
- b. Los datos de la exploración física realizada al paciente, ordenada por aparatos y sistemas, así como el diagnóstico de presunción, el diagnóstico diferencial, el plan de estudio y el plan terapéutico inicial.

3. *Hoja de Evolución.*

Es el documento destinado a recoger comentarios tanto periódicos como urgentes de aquellas incidencias, hallazgos exploratorios y pruebas complementarias acontecidas durante el proceso asistencial. Asimismo, se recogerán la modificación de un diagnóstico previo, y el inicio, modificación o supresión de un tratamiento.

Las anotaciones periódicas en las hojas de evolución deberán ir fechadas y firmadas por el clínico que las realiza. Las anotaciones urgentes deberán contener, además, la hora en que se realizan y la identificación completa del podólogo.

4. *Hoja de Informes de Exploraciones Complementarias o petición de informe a otros especialistas.*

Es el documento destinado a recoger la información de resultados generada por la práctica de cualquier prueba instrumental que se efectúe a un paciente con fines terapéuticos o diagnósticos, tales como análisis clínicos, estudios anatomopatológicos, estudios radiológicos, pruebas funcionales y registros gráficos.

Todos los informes emitidos deberán contener la fecha de solicitud, la de realización y la firma del profesional que los ha realizado.

5. *Hoja de Informe Quirúrgico.*

Es el documento destinado a recoger la información referente a los procedimientos quirúrgicos. Deberá contener, como mínimo:

- Tipo de anestesia empleada.
- Descripción de la técnica o procedimiento utilizado.
- Duración. Hora de inicio y finalización.
- Incidencias ocurridas durante la intervención.
- Hallazgos operatorios.
- Diagnóstico pre y postoperatorio.
- Identificación de cirujanos, anestesista, instrumentista u otras personas que ayuden.
- Estado y destino del paciente al salir del quirófano.
- Indicación de si se ha solicitado o no examen anatomopatológico y/o bacteriológico del material extraído en la intervención. En caso afirmativo, enumeración de las piezas.
- Fecha y firma del podólogo responsable.

6. Hoja de Anestesia.

Es el documento destinado a recoger la actividad realizada por el anesestesiólogo, en el que deberá incluirse el resumen del reconocimiento preoperatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el postoperatorio inmediato mientras esté sometido a la actuación del anesestesiista.

Deberá contener, al menos:

- Resumen de la valoración preoperatoria
- Hora de comienzo y finalización de la anestesia
- Descripción de la técnica anestésica
- Medicación administrada, dosis, vía, pauta y momento de administración
- Gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención
- Incidencias de interés en relación con el estado vital del paciente
- Estado clínico del paciente durante y al final de la intervención.

Este documento deberá ser cumplimentado, fechado y firmado por el anesestesiólogo / Podólogo, responsable de la intervención.

7. Hoja de Informe Clínico de Alta.

Es el documento que contiene la información resumen del episodio asistencial.

Deberá realizarse cuando se produzca el alta en el tratamiento realizado en el caso de la podología, y a fecha actual, en régimen ambulatorio.

Si el paciente no necesita o rechaza el preceptivo Informe de alta, se hará constar tal circunstancia en el historial clínico del paciente.

En el momento del alta, dicho documento se entregará en mano al paciente o representante legal del mismo. En aquellos supuestos en que, por faltar datos, no pueda realizarse de forma inmedia-

ta la entrega del Informe Clínico de Alta, con un diagnóstico definitivo, éste deberá ser remitido por correo al domicilio habitual del paciente entregándose, entre tanto, un informe de alta provisional.

En el supuesto del fallecimiento del paciente, el Informe Clínico de Alta será remitido a los familiares o allegados más próximos.

Cuando el paciente fuese dado de alta para su traslado a otro centro asistencial u hospital, el Informe Clínico de Alta deberá necesariamente acompañar al paciente para su presentación en el centro de destino.

El Informe Clínico de alta se presentará mecanografiado o manuscrito con letra y contenido inteligible.

Deberá cumplir los requisitos mínimos establecidos por la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984 por la que se establece la obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes que habiendo sido atendidos en Establecimientos Sanitarios, público o privado (B.O.E. de 14 de septiembre), siendo los siguientes.

1. Redactado a maquina o con letra claramente inteligible.
2. Contener los datos de identificación del Centro Asistencial:
 - Nombre del centro asistencial, domicilio social y teléfono.
 - Nombre, apellidos y rubrica del podólogo responsable.
3. Referido a la identificación del paciente:
 - Numero de historia clínica del paciente y/ o numero de registro de entrada.
 - Nombre y apellidos del paciente, fecha de nacimiento y sexo.
 - Domicilio del lugar de residencia habitual de paciente.
4. Referidos al proceso asistencial:
 - Día, mes y año del tratamiento podológico.
 - Día, mes y año del alta.
 - Motivo del inicio de tratamiento, especificando los signos y los síntomas que requirieron tratamiento.
 - Motivo del alta: por curación, por mejoría, a su domicilio u otro centro asistencial para cuidados, por alta voluntaria, o traslado a otro centro para diagnóstico y tratamiento.
 - Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente, resultado de las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución del paciente.

- Diagnóstico principal. Se considera como diagnóstico principal la afección que después del estudio necesario se establece que fue la causa que motivó o aconsejó el posterior tratamiento podológico, aunque hayan aparecido posteriormente, complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes que se deberán de considerar en el apartado siguiente de “otros diagnósticos”.
- Otros diagnósticos. Según los descrito anteriormente, son la aparición de otras afecciones secundarias o independientes de la afección que motivó el tratamiento podológico.
- Procedimientos quirúrgicos. En este apartado deben incluirse, sin excepción todas las intervenciones quirúrgicas.
- Otros procedimientos significativos.
- Recomendaciones terapéuticas.

8. Radiografías u otros documentos iconográficos.

Se incorporarán a la Historia Clínica aquellas radiografías u otros documentos iconográficos que queden bajo la custodia del Hospital. En los casos en que tales documentos se entreguen al paciente o al facultativo o servicio sanitario de procedencia, se dejará constancia de este hecho en la Historia Clínica.

Recomendaciones

1. No destruir las fichas clínicas, tal y como se indica en el Código Deontológico del Ilustre Colegio Oficial de Podólogos de Canarias, debiendo quedar guardadas, al menos, 20 años después de la muerte del paciente, en tanto en cuanto se eleva pregunta vinculante a la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Canarias.
2. Armonizar la historia clínica en ciencias podológicas en el ámbito territorial autonómico.
3. Establecer una comisión o solicitar nuevos informes, con relación a los parámetros clínicos mínimos que deben ser explorados y deben, a su vez, quedar recogidos en la Historia clínica atendiendo a una determinada patología, al objeto de poder cumplir con competencia las funciones de diagnóstico y tratamiento que por ley ostenta el podólogo. Se aconseja que, por el alto número de demandas, se establezcan protocolos para establecer qué tipo de parámetros clínicos deben de constar en el historial clínico al objeto de

establecer una correcta etiología y tratamiento del Hallux Abductus Valgus, independientemente de la técnica mas indicada a aplicar. A modo de ejemplo, se presenta en la Hoja de Anamnesis y Exploración Física los datos más relevantes que se deben de recoger en la Historia clínica, organizados por órganos y aparatos, para un paciente que fuera a ser sometido a cirugía ambulatoria podológica.

4. Para traspasar, arrendar o vender la consulta y con ella la cesión de las historias clínicas, es necesario solicitar a los pacientes su autorización para que otro profesional sanitario pueda acceder al contenido de las mismas al objeto de evitar las sanciones que la Ley prevé.
5. Establecer protocolos clínico - asistenciales flexibles, por orden de prevalencia de la patología o deformidad, que sirvan como guía de actuación asistencial.
6. Que en el seno de los colegios profesionales de podólogos se nombre a una comisión para que periódicamente realice la conservación, valoración, selección y expurgo de Documentación Clínica de los Podólogos que no continúen con el ejercicio profesional.
7. Que la anteriormente citada Comisión, adecue los modelos de historia clínica que se adjuntan en el presente artículo al objeto de disponer de una adecuada Historia Clínica oficialmente validada por los colegios profesionales de podólogos.
Significar que la ampliación de los requisitos mínimos de los datos que debe de contener la historia, redundará en beneficio de la calidad asistencial.

Conclusiones

Es cierto que no hay un texto legal básico, tanto procedente del Derecho Publico como del Derecho Privado, donde se concrete exhaustivamente todos los detalles que un historial clínico deba de contener para configurar un modelo de historia clínica única, y, por el contrario, lo que si hay es una normativa dispersa de ámbito y competencia autonómica que pudiera configurar de forma conjunta, la estructura de la historia clínica.

Pero, a su vez, es bien cierto, que el artículo 10 de la Ley General de Sanidad establece que el paciente tiene derecho a “la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso” (apartado 3), a “que se le dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, informa-

ción completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso” (apartado 5).

Igualmente el paciente “tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso”, y se le emita el informe de alta. Lo que ya es un indicativo de cómo se debe de elaborar una historia clínica por parte del profesional que presta su servicio asistencial en el ámbito del ejercicio de su profesión.

Lo que se propone en el presente informe, solicitado a instancias del Ilustre Colegio Oficial de Podólogos de Canarias, es un modelo de historia clínica única, así como la estructura que dicho historial clínico debe contener para que sirva como pauta protocolizada de la actuación asistencial por parte del podólogo e igualmente sirva

como medio documental de que el profesional sanitario actúa conforme a la Lex Artis.

Por lo que el historial clínico tendrá un bloque común a cualquier proceso asistencial y otros bloques deberán contener aspectos específicos a la patología del paciente atendiendo a unos protocolos como parámetros de calidad asistencial.

Todo ello al amparo de la jurisprudencia del Tribunal supremo, que ha establecido que la ausencia de una historia clínica completa dificulta o hace imposible la valoración de la asistencia prestada y señala contundentemente, que esta circunstancia constituye una negligencia adicional***.

***Diario Médico. 4 febrero de 2000. Pág. 6

Anexo

Modelo de Historia Clínica en el ámbito de las Ciencias Podológicas

1. Hoja de Anamnesis y Exploración Física

HOJA DE ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Numero de identificación: _____

Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha y lugar nacimiento: _____
 Dirección y teléfonos contacto: _____
 Profesión / Actividad: _____ Representante legal u otro familiar de contacto: _____
 Motivo de la consulta: _____

SEMIOLÓGIA: marcar los síntomas actuales o padecidos en el último año.

GENERAL	GASTROINTESTINAL	CARDIOVASCULAR	OJOS
* valvulopatía	* estreñimiento	* cardiopatía	* cataratas
* pérdida conocimiento	* diarrea	* dolor toracico/precordial	* conjuntivitis
* radioterapia	* inapetencia	* hipertensión	* diplopía
* corticoterapia y dosis	* meteorismo	* hipotensión	* glaucoma
* escalofríos	* polidipsia	* arritmias	* <i>nistagmus</i>
* depresión	* hemorroides	* taquicardias	* infección
* mareo/vertigo	* náusea	* edema maleolar	* miopía
* fiebre	* vómitos	* arteriosclerosis	* borroso
* pérdida memoria	* melenas	* pies fríos	* derrame
* insomnio	* hematemesis	* varices	* otra:
* nerviosismo	* ulcus peptico/duodenal	* ortopnea	NARIZ
* parestesias	* dispepsia	* nicturia	* sinusitis
* sudoración	PIEL	* disnea diurna / nocturna	* epixtasis
* pérdida de peso	* prurito	* claudicación	* rinitis
* cefalea	* cambios tamaño en lunares	* flebitis	* pólipos
* otra:	* sangrado de lunares	* infección en arterias o venas	GARGANTA

GÉNITO - URINARIO	* úlceras	* otra:	* disfagia
* incontinencia	* ¿Cuánto tardan en cicatrizar?	MÚSCULO-ESQUELÉTICO	* faringitis
* disuria	* rash	* lumbar	* tos persistente
* hematuria	* ampollas	* rodilla	OÍDO
* polaquiuria	* infección	* tobillo	* otorrea
* nefrolitiasis	* otra:	* cadera	* tinnitus
* infección	BOCA	* cuello	* infección
* otra:	* sangrado de encías	* manos	* pérdida auditiva
	SOLAMENTE MUJERES		
HOMBRE			
* rev.ginec. anormal	* metrorragias	* leucorrea	* dolor genital
* fibroma	* ¿puede estar embarazada?	* día ultimo periodo	* infección

ENFERMEDADES ACTUALES O PASADAS indicando FECHA

* artritis	* cáncer	* adicción	* escarlatina
* artrosis	* ACV	* sarampión	* alt. tiroides
* bronquitis	* epilepsia	* glaucoma	* fiebre tifoidea
* disnea	* gota	* gonorrea	* úlceras torpidas
* alt.cardiaca	* hipertensión	* hernia	* atención psiquiátrica
* alt. Renales	* fiebres reumáticas	* herpes	* cataratas
* alt. Hepáticas	* varices	* hipercolesterolemia	* alt. hematológicas
* diabetes	* SIDA	* migraña	* alt. próstata
* úlcera gástrica - duodenal	* alcoholismo	* mononucleosis	* bulimia
* flebitis	* anorexia	* esclerosis múltiple	* enf. venérea
* asma	* apendicitis	* marcapasos	* prótesis articular
* tuberculosis	* enf. Coagulación.	* poliomieltis	* otra:

Datos de Identificación del Centro asistencial.

ALERGIA

	ASPIRINA ANESTESIA LOCAL ANTIBIÓTICOS YODO NYLON ¿Tomó antibióticos?. Cuales: Otros:
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE

HOSPITALIZACIONES

FECHA HOSPITAL CAUSA

EMBARAZOS

AÑO SEXO ¿COMPLICACIÓN?

¿HA TENIDO ALGUNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE? O SI O NO

ANTEDECENTES FAMILIARES

Parentesco	Edad	Estado salud	Edad exitus	Causa de Muerte	Familiares con las siguientes enfermedades
Padre					Artritis. Gota
Madre					Asma
Hijos					cáncer
					Adicción
					Diabetes
					cardiopatía
					HTA, ACV
Hermanos					Enf. Renal
					Tuberculosis
					Otra

Hábitos (marcar sustancia y cantidad al día)	Ocupación
CAFEÍNA	OCUPACIÓN
TE	SUSTANCIAS TÓXICAS
TABACO	STRESS
DROGAS	OTROS
TRANQUILIZANTES	
PASTILLAS DORMIR	

HOJA DE ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Número de identificación: _____

Paciente: Edad: Sexo: Fecha y lugar nacimiento:

Examen Vascular

Examen Muscular

Examen Neurológico

Examen Dermatológico

HOJA DE ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Numero de identificación: _____

Paciente: Edad: Sexo: Fecha y lugar nacimiento:

Examen Ortopedia Miembro Inferior

Examen Clínico del Hallux

Examen Ortopedia del Pie

Examen Clínico de los dedos del Pie

HOJA DE ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Numero de identificación: _____

Paciente: Edad: Sexo:
 Fecha y lugar de nacimiento:

Valoración área afectada que motivó la consulta y descripción clínica

Impresión clínica o diagnóstico de presunción

HOJA DE ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Numero de identificación: _____

Paciente: Edad: Sexo:
 Fecha y lugar de nacimiento:

Hallazgos Fotopodograma

Hallazgos Radiográficos

Valoración de otras áreas afectadas y descripción clínica

Juicio Clínico Diagnóstico Principal

Otras Pruebas (analítica) e Informes a Especialistas

HOJA DE ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Numero de identificación: _____

Paciente:

Edad:

Sexo:

Fecha y lugar de nacimiento:

Otros Diagnósticos

Tratamiento

1. Hoja de Evolución

Fecha	Evolución
-------	-----------

Nombre del centro asistencial. Domicilio social. Teléfono

Bibliografía

- Ley General de Sanidad (Artículos: 8, 10, 14, 18, 23, 56, 61, 63, 64, 65.)
- Ley 30/1992, de 26 de noviembre, sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
- Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Directiva 95/46/CE.
- Artículo 129 del Tratado de Maastricht, o de la Unión Europea.
- Ley de orgánica 15 / 1999 de Protección de Datos de Carácter Personal
- Artículo 7.4 de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen.
- Artículos 85.5, 96 y 98 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, (del Medicamento).
- Artículo 5 del Real Decreto 63/1995, de 20 enero, sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- El Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social, aprobado por Decreto 3 160/1996, de 23 de diciembre.
- La Orden de 21 de julio de 1994, del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- La Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984,
- Artículo 197.2 del Código Penal
- Artículo 6 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero.
- Artículo 22 del Decreto 277/1990, de 27 de diciembre.
- Ley de Derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica (aprobado por el Parlamento Catalán el 21 de Diciembre de 2000)
- Constitución Española
- Derecho del País Vasco (Decreto 45/1 998, de 17 de marzo)
- Derecho de la Comunidad Valenciana (Decreto 56 / 88 de 25 de abril.)
- Derecho de la Comunidad de Madrid (Orden 1131 / 1994 de 21 de noviembre)
- Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984. (B.O.E. de 14 de septiembre).
- Código Deontológico del Ilustre Colegio Oficial de Podólogos de Canarias.
- Diario Médico. 4 febrero de 2000. Pág. 6