

### 1. DOCUMENTOS CLÍNICOS

La información sanitaria que se genera como consecuencia de la atención recibida en Atención Primaria o Especializada se denomina Documentación Sanitaria.

La Documentación Sanitaria se divide en:

- **Documentación Clínica:** son todos los documentos que registran los acontecimientos o datos relacionados con la salud del paciente y la asistencia prestada. El conjunto de toda esta información se conoce con el nombre de Historia Clínica y contiene datos, valoraciones e informes sobre la situación y evolución clínica del paciente a lo largo del proceso asistencial. Esta información es recogida por los médicos y profesionales sanitarios implicados.
- **Documentación No Clínica:** engloba los documentos administrativos necesarios para la gestión, organización y coordinación del centro. Estos documentos pueden facilitar la comunicación interna en el centro (documentación intracentro) o entre centros relacionados (documentación intercentro).

Una vez que hemos establecido la clasificación de los documentos hay que determinar el orden. Esto es necesario para que el archivo sea accesible y fácil de usar por todas las personas que tengan acceso a él. Los tipos de ordenación más usados son: ordenación cronológica (por fecha), alfabética y numérica.

### 2. HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es un documento médico que se origina con el primer episodio de enfermedad o control de salud del paciente y, posteriormente, recoge toda la información del paciente a lo largo del proceso asistencial.

La información contenida en la historia clínica es la siguiente:

- **Anamnesis:** información surgida de la entrevista clínica proporcionada por el propio paciente, o familiar en el caso de niños o pacientes con alteraciones de la conciencia.
- **Exploración Física:** información que se obtiene a través de la inspección, y auscultación del paciente.
- **Exploración Complementaria:** son pruebas o exámenes complementarios de diagnóstico por imágenes, pruebas especiales al paciente, etc.

- **Diagnóstico Presuntivo o Probable:** es la información extraída del interrogatorio y de la exploración física. Se denomina presuntivo porque está sujeto a resultados de pruebas complementarias, así como a la propia evolución natural de la enfermedad.
- **Tratamiento Instaurado**
- **Plan o Pronóstico:** es la actitud a tomar tanto si el diagnóstico es el acertado y la evolución al tratamiento la esperada, como si la evolución no es la esperada (sería el “plan B”).

Los centros sanitarios donde se inicia y cumplimenta la historia clínica son los encargados de su custodia, manteniendo la confidencialidad, accesibilidad y seguridad de la información del paciente. La Dirección del Centro es la responsable de la custodia de las historias clínicas. Según la normativa, la documentación clínica debe ser conservada un mínimo de 5 años desde la fecha de alta de cada proceso asistencial.

La historia clínica puede ser completada en formato electrónico o formato papel. En ambos casos, es conveniente que las anotaciones vayan acompañadas de la fecha en que se llevan a cabo. Se debe registrar: motivo de consulta, síntomas, exploraciones, diagnóstico, tratamiento y evolución.

Las historias clínicas pueden realizarse de los siguientes modos:

- **Historia Clínica Cronológica:** comprende los acontecimientos y datos según van apareciendo en el tiempo. Todas las entradas y pruebas diagnósticas realizadas se ordenan en función de la fecha.
- **Historia Clínica Orientada por Problemas de Salud:** los datos se agrupan según problemas identificables y no de forma cronológica.

### 3. OTROS DOCUMENTOS SANITARIOS.

Otro tipo de documentos sanitarios son:

- **Documento de Citación:** es el impreso que informa al paciente de su próxima visita, incluyendo día y hora, así como las instrucciones en el caso de que se requiera algún tipo de preparación para acudir a la consulta.
- **Peticiones:** son documentos en los que se solicitan estudios y/o tratamientos.
- **Informes:** los informes médicos se realizan para reunir la información que contiene la historia clínica del paciente total o parcialmente.

- **Justificantes:** se realizan a petición de los interesados para justificar la asistencia a una consulta.
- **Consentimiento Informado:** es un documento en el que el paciente expresa su voluntad de aceptar o rechazar un determinado tratamiento. El consentimiento por regla general, es verbal y se prestará por escrito en intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y aplicación de procedimientos que suponen riesgos para el paciente.

### 4. DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA CLÍNICA DENTAL

La mayor satisfacción en una clínica dental incide en tres aspectos: mayor número de pacientes nuevos remitidos por los antiguos, precios altos y pacientes más leales.

Para obtener estos beneficios es imprescindible:

- **Orientar la planificación de la clínica hacia los pacientes,** es decir, crear un servicio a medida para los pacientes. Para ello se deben cumplir los siguientes requisitos: adaptarse a sus horarios, adaptarse a sus necesidades en tiempos de trabajo (citas más largas si es necesario, y menor número de sesiones) y hacer sentir al paciente que es tu mejor cliente (dirigirse al paciente por su nombre).
- **Mantener niveles altos de calidad técnica,** ya que la calidad es el mejor aliado del odontólogo. Si ofrece calidad técnica, el paciente debe saberlo y verlo. Un trabajo mal hecho acabará costando más tiempo que uno bien hecho porque deberá rehacerse.
- **Tener una visión a largo plazo:** la promoción y el desarrollo de la clínica deben ser a largo plazo en el que se establezcan líneas de progreso. Para valorar el resultado se utilizan documentos como las encuestas de satisfacción del paciente.

### 5. CUMPLIMENTACIÓN Y TRAMITACIÓN DE DOCUMENTOS

Los principales criterios que se deben seguir para cumplimentar documentos sanitarios son:

- **Objetividad:** deben estar escritos de forma objetiva y sin opiniones personales.
- **Precisión y Exactitud:** los documentos deben ser precisos y completos. Es recomendable que las anotaciones de sucesos o eventos reflejen la hora de inicio y fin y el personal responsable.
- **Legibilidad y Claridad:** esto es aplicable sobre todo a los registros en papel. La letra con la que se cumplimenta el documento debe ser clara y legible, por lo que se recomienda el uso de mayúsculas. Las anotaciones deben ser correctas ortográfica y gramaticalmente y se evitarán las abreviaturas debido a que pueden llevar a errores de comprensión.
- **Simultaneidad:** los registros sanitarios se deben realizar en el momento de la asistencia. Los documentos que no se rellenan en el momento adecuado pueden olvidarse o producir errores derivados de datos no recordados.

El envío y la transmisión de los documentos sanitarios debe realizarse de forma que se garantice la seguridad del documento en todo momento. Por ello, toda transferencia irá acompañada de las correspondientes hojas de entrega, que serán firmadas tanto por el responsable que envía el documento como por la persona que lo recibe.

Cuando un documento enviado no llega a su destino en el plazo determinado, deberá reclamarse.

Una vez recibidos, los documentos sanitarios se deben archivar garantizando su conservación. Para ello hay que adoptar una serie de medidas que se agrupan en:

- Aplicación de medidas destinadas a que los documentos perduren:
  - Mantenimiento y control de las instalaciones del archivo (archivador y estancia).
  - Medidas preventivas contra los factores que pueden deteriorar los documentos (control de humedad y temperatura, sistemas anti- robo y anti- incendios).
  - Restauración de los documentos deteriorados.
  - Copias de seguridad de la documentación más importante.
- Aplicación de los métodos de archivo de los documentos:
  - Clasificación de documentos.

- Ordenación, que puede realizarse de forma cronológica (fecha de realización), histórica (momento de realización), alfabética (orden alfabético) y numérica (asignar un número que marcará su orden en el archivo).

### 6. PROTECCIÓN DE DATOS

Los profesionales de la salud tienen la obligación de mantener el secreto de todo lo que conocen en el ejercicio de su profesión. Existe una relación entre el derecho del paciente a preservar su intimidad y la obligación de secreto por parte del médico.

El derecho a la intimidad viene regulado en la Ley Orgánica de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, y considera como falta grave la revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional de quien los revela, imponiendo la obligación de indemnizar el daño causado.