

DOCUMENTACIÓN DE CALIDAD

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE S. A. ®

Imagine que acaba de recibir una notificación de demanda por supuesta "mala praxis".

A medida que pasa el tiempo es más difícil recordar quien era el paciente e incluso la asistencia que le proporcionó, así pues la historia clínica "declarará" por sí sola.

Cuanto más completa y precisa sea su documentación, mejor defensa le proporcionará en caso de verse involucrado en un proceso legal.

¿QUÉ PUEDE CUASAR PROBLEMAS EN LA DOCUMENTACIÓN?

Indudablemente, lo que documente u omita en la historia clínica puede perjudicarlo en un caso de negligencia médica.

Debe tener cuidado con lo que documente y como lo documente. Las siguientes faltas o errores se repiten con frecuencia, procure no cometerlas:

- Realización de observaciones subjetivas.
- Falta de consentimiento informado.
- Lagunas o retrasos en iniciar órdenes de tratamiento.
- Inconsistencias entre médicos y otros profesionales sanitarios.
- Dirigir acusaciones hacia otros profesionales sanitarios.
- Reflejar diferencias de opinión con otros profesionales sanitarios.
- Sacar conclusiones en lugar de manifestar hechos.
- Alterar inadecuadamente la historia clínica.
- Documentar inadecuadamente anotaciones tardías.
- No registrar observaciones o seguimiento cuando los signos vitales o resultados de laboratorios son anormales.

Las sugerencias aquí esbozadas, le ayudarán a que la información contenida en su documentación clínica, sea clara, concisa y precisa.

Esto es extremadamente importante si usted o su hospital se ven implicados en una acción legal.

Si se documenta con precisión en el momento en que se presta la asistencia se recordará con mayor facilidad aún con el paso del tiempo.

HECHOS SIGNIFICATIVOS

- Visitas, consultas o tratamientos realizados por médicos u otros profesionales sanitarios.
- Traslados de pacientes.
- Terminación de tratamientos.
- Tratamientos vía I.V.
- Medicación administrada.
- Signos vitales.
- Respuesta del paciente a tratamiento / medicaciones.
- Sucesos que afecten la asistencia del paciente o la respuesta al tratamiento.

DOCUMENTACIÓN OBJETIVA VERSUS DOCUMENTACIÓN SUBJETIVA

Es recomendable utilizar un lenguaje objetivo en lugar de subjetivo para describir sus observaciones.

Procure no utilizar términos subjetivos como "aparentemente", "parece que".

Es preferible exponer hechos y permitir a quien lea la historia que tome sus propias conclusiones.

EJEMPLOS

Manifestaciones Objetivas	Manifestaciones Subjetivas
1. Ojos cerrados, respiración regular	1. Durmió toda la noche regular
2. Ingesta de la mitad de la dieta	2. Dieta bien tomada
3. Menos comunicativo que ayer. Tomando la medicación prescrita	3. Tranquilo y cooperador
4. Sin quejas. No refiere dolor	4. Pasó un buen día.
5. Solicitó analgésico por dolor post-operatorio en la incisión. Se administra 50mg. de petidina I.M. en muslo derecho.	5. Noche habitual. Medicado una vez.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA DOCUMENTACIÓN?

Lo organizada y completa que esté la historia clínica en caso de ser llevada a un juzgado es esencial para defender la información que contenga.

Los principios básicos de la documentación se pueden agrupar en tres categorías: formato, datos de identificación y registro de hechos significativos.

FORMATO

- Legibilidad
- Escritura con tinta
- Nunca tache o use correctores. Cuando tenga que rectificar un error:
 1. Trace una línea a través de la anotación incorrecta.
 2. Escriba la palabra "error" junto a la anotación incorrecta.
 3. Firme, feche y registre la hora en que se corrigió el error.
 4. Escriba la anotación correcta.
 5. Utilice si es necesario una hoja suplementaria o escriba la anotación en la siguiente línea disponible.
- No se salte líneas o deje espacios en blanco.
- No apelmace palabras en una línea.
- Realice las anotaciones en orden cronológico.
- Utilice símbolos y abreviaturas reconocidos por el hospital.
- Documente hechos, no opiniones subjetivas.

IDENTIFICACIÓN

- Compruebe que el nombre del paciente y número de historia aparecen en todas las páginas.
- Asegúrese de que existe un sistema para identificar a pacientes con el mismo nombre.
- Feche cada página.
- Registre la fecha y hora de cada anotación.
- Firme cada anotación.
- Obtención de consentimiento informado en:

- procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos.
- tratamientos experimentales.
- transfusiones de sangre y hemoderivados.
- Drenajes, suturas etc., inserciones y retiradas.
- Educación al paciente o a la familia sobre:
 - instrucciones sobre el auto-cuidado.
 - medicamentos.
 - otros tratamientos
 - requerimientos dietéticos.
 - información sobre necesidad de seguimiento por otros especialistas.
- Instrucciones de alta e información dada al:
 - paciente
 - familiar o cuidador
 - médico de atención primaria

RESULTADOS

- Notas de evolución diarias y cada vez que el paciente sea visto, incluyendo;
 - cambios en la situación del paciente.
 - respuesta a tratamientos y medicamentos prescritos.
 - explicaciones al paciente y/o a la familia.
 - planes de asistencia futura (revisiones/seguimientos).
 - opiniones de otros médicos o personal sanitario.
- Resultados de laboratorio, radiología y otras pruebas diagnósticas o terapéuticas.
- Incidentes, accidentes o daños sufridos en el hospital, así como la asistencia y seguimiento proporcionado.
- Respuesta del paciente a procedimientos terapéuticos.
- Negativa del paciente a cooperar o a seguir un plan de tratamiento prescrito, incluyendo altas voluntarias.
- Infecciones nosocomiales adquiridas.

¿QUÉ SE DEBERÍA DOCUMENTAR EN LA HISTORIA CLÍNICA?

La historia clínica de todo profesional sanitario debería incluir una documentación detallada del paciente, desde su ingreso hasta el alta.

Desde una perspectiva global, la información que debemos documentar de manera clara y completa, se puede agrupar bajo tres categorías:

Valoración del paciente, procedimientos diagnósticos o terapéuticos realizados y resultados obtenidos.

VALORACIÓN DEL PACIENTE

- Historia y exploración clínica por el médico que atiende al paciente, incluyendo datos positivos y negativos.
- Estado del paciente al ingreso.
- Valoración inicial y continuada por cada profesional sanitario.
- Registro de signos vitales.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Instrucciones legibles de tratamientos y medicaciones.
Medicamentos prescritos.

- vía
- dosis
- hora
- firma

Otros tratamientos prescritos

- tipo
- dosis o duración
- hora
- firma

Muestras de laboratorio

- tipo
- hora

Visitas o consultas realizadas por médicos u otros profesionales sanitarios, incluyendo las llamadas o intentos de contactar con el médico.