

ASIGNATURA:

ENFERMERIA EN EL CUIDADO DE LA MUJER

CATEDRATICO:

ROSARIO CRUZ SANCHEZ

FERNTRABAJO

ENSAYO

TEMA

LA HISTORIA CLINICA

ALUMNA:

AZUCENA RAMIREZ HERNANDEZ

LICENCIATURA:

ENFERMERIA

CUTRIMESTRE:

“4”

PICHUCALCO, CHIAPAS 24 DE septiembre

La historia clínica se origina con el primer episodio de enfermedad o control de salud en el que se atiende al paciente, ya sea en el [hospital](https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital) o en el [centro de atención primaria](https://es.wikipedia.org/wiki/Centro_de_atenci%C3%B3n_primaria), o en un consultorio médico. La historia clínica está incluida dentro del campo de la [semiología clínica](https://es.wikipedia.org/wiki/Semiolog%C3%ADa_cl%C3%ADnica).

El registro de la historia clínica construye un documento principal en un sistema de información sanitario, imprescindible en su vertiente asistencial, administrativa, y además constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad, de lo que se deriva su trascendencia como documento legal.

La información contenida en la historia clínica puede obtenerse siguiendo el [método clínico](https://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_cl%C3%ADnico), orden de trabajo semiológico, por diferentes vías que son:

La [**anamnesis**](https://es.wikipedia.org/wiki/Anamnesis_%28medicina%29) es la información surgida de la [entrevista clínica](https://es.wikipedia.org/wiki/Entrevista_cl%C3%ADnica) proporcionada por el propio paciente (o familiar, en el caso de menores de edad, alteraciones de la conciencia del propio paciente, o del responsable del animal en el caso de los veterinarios)

[Exploración física](https://es.wikipedia.org/wiki/Exploraci%C3%B3n_f%C3%ADsica) o examen físico: a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación del paciente deben registrarse: peso, talla, índice de masa corporal y signos vitales.

[Exploración complementaria](https://es.wikipedia.org/wiki/Exploraci%C3%B3n_complementaria) (pruebas o exámenes complementarios) de laboratorio, diagnóstico por imágenes y pruebas especiales realizados en el paciente;

Diagnósticos presuntivos: basados en la información extraída del interrogatorio y exploración física, calificados de presuntivos ya que están sujetos a resultados de laboratorio o pruebas de gabinete (estudios de imagen), así como a la propia evolución natural de la enfermedad;

Juicios de valor que el propio médico extrae o de documentos que él elabora para fundamentar un diagnóstico, prescribir el tratamiento y, finalmente, dejar constancia del curso de la enfermedad;

Tratamiento instaurado.

Por tanto, los cinco componentes principales de la historia clínica son:

Datos subjetivos proporcionados por el paciente

Datos objetivos obtenidos de la exploración física y de las exploraciones complementarias

Diagnóstico

Pronóstico

Tratamiento

Con el transcurso del tiempo, los datos surgidos de la enfermedad del paciente ayudan a comprender la variación de la [historia natural de la enfermedad](https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_natural_de_la_enfermedad).

Además de los datos clínicos que tengan relación con la [situación actual](https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_actual) del [paciente](https://es.wikipedia.org/wiki/Paciente), incorpora los datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos y todo aquello vinculado con su salud biopsicosocial. También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación. La historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye en una sección aparte los juicios, documentos, procedimientos, informaciones y [consentimiento informado](https://es.wikipedia.org/wiki/Consentimiento_informado). El consentimiento informado del paciente, que se origina en el [principio de autonomía](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Principio_de_autonom%C3%ADa&action=edit&redlink=1), es un documento donde el paciente deja registrado y firmado su reconocimiento y aceptación sobre su situación de salud y/o [enfermedad](https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad) y participa en la [toma de decisiones](https://es.wikipedia.org/wiki/Toma_de_decisiones) del profesional de la salud.

**Modelos**[

Hay varios modelos de historia clínica:

la cronológica: la tradicionalmente usada en los [hospitales](https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital);

la orientada por problemas de salud,[1](https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica#cite_note-1)​ manejada sobre todo en [atención primaria](https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_primaria) y descrita por el doctor [Lawrence L. Weed](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Lawrence_L._Weed&action=edit&redlink=1) en 1968;[2](https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica#cite_note-2)​

la protocolizada: con preguntas cerradas, se utiliza para el seguimiento de enfermedades muy concretas; se usa en unidades especializadas.

**Soporte físico**[[editar](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Historia_cl%C3%ADnica&action=edit&section=4" \o "Editar sección: Soporte físico)]

Básicamente la historia clínica en la actualidad tiene dos tipos de soportes:

* [Papel](https://es.wikipedia.org/wiki/Papel): una serie de formularios que se ordenan en una carpeta. Puede ser individual o familiar.
* [Electrónico](https://es.wikipedia.org/wiki/Electr%C3%B3nico): es la denominada [historia clínica electrónica](https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica_electr%C3%B3nica) almacenada en ordenadores mediante la utilización de programas informáticos.[3](https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica#cite_note-3)​[4](https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica#cite_note-4)​[5](https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica#cite_note-5)​

**Gestión del archivo en formato papel**[[editar](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Historia_cl%C3%ADnica&action=edit&section=5)]



Archivo en [Ghana](https://es.wikipedia.org/wiki/Ghana).

Esta documentación debidamente encarpetada pasa al archivo central y único del [hospital](https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital) o [centro de salud](https://es.wikipedia.org/wiki/Centro_de_salud) para su correspondiente [custodia](https://es.wikipedia.org/wiki/Custodia). Es responsabilidad de este sector la oportuna entrega de la misma a los distintos profesionales que la soliciten. No resulta extraño encontrar hospitales que entregan/reciben varios cientos y hasta algunos miles de historias clínicas al día. Es fácil imaginar las dificultades que esto implica.

Se conocen, al menos, tres distintos procedimientos de archivado: correlativo (por números correlativos empezando desde el uno), por dígito terminal (por ejemplo a partir de la fecha de nacimiento del paciente) y por valor posicional dinámico asistido por ordenador.

Los dos primeros corresponden a diseños realizados en la era pre-digitalizacíon, y se caracterizan por ocupar grandes espacios y generar mucho trabajo para su rearchivado. De todos modos son los más difundidos en este momento. Ambos implican la existencia de Ubicación Unívoca (un lugar para cada carpeta y cada carpeta en su lugar) en perfecto ordenamiento.

Desde hace ya más de una década, algunos hospitales de Argentina utilizan el sistema de Valor Posicional Dinámico.[6](https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica#cite_note-6)​

Con la [historia clínica electrónica](https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica_electr%C3%B3nica) persisten los problemas de almacenamiento (centralizado o descentralizado) y de protección, confidencialidad y seguridad de los datos clínicos.[7](https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica#cite_note-7)​[8](https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica#cite_note-8)​

]

La información recogida y ordenada en la historia clínica es un registro de datos imprescindible para el desarrollo de las funciones profesionales de los médicos:

[Clínica](https://es.wikipedia.org/wiki/Cl%C3%ADnica) o [asistencial](https://es.wikipedia.org/wiki/Asistencial): es la principal, y la que le da sentido a la creación y manejo continuo en la relación médico-paciente.

[Docencia](https://es.wikipedia.org/wiki/Docencia): permite aprender tanto de los aciertos como de los errores de las actividades desarrolladas.

[Investigación](https://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n): a partir de la información que aporta la historia clínica se pueden plantear preguntas de investigación sanitaria, con el objetivo de buscar respuestas científicas razonables.

[Epidemiología](https://es.wikipedia.org/wiki/Epidemiolog%C3%ADa): con los datos acumulados en las historias clínicas, se puede extrapolar perfiles e información sanitaria local, nacional e internacional.

Mejora continua de [calidad](https://es.wikipedia.org/wiki/Calidad): la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y legales como un derecho del paciente, derivado del derecho a una asistencia médica de calidad; puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente, así como un registro de la actuación médico-sanitario prestada al paciente. Su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.

[Gestión](https://es.wikipedia.org/wiki/Gesti%C3%B3n) y [administración](https://es.wikipedia.org/wiki/Administraci%C3%B3n_de_salud): la historia clínica es el elemento fundamental para el control y gestiónde los servicios médicos de las instituciones sanitarias.

Médico-legal: la historia clínica es un documento legal, que se usa habitualmente para enjuiciar la relación médico-paciente.

La **historia clínica** es el conjunto de documentos y registros informáticos **que contiene** de forma clara y concisa los datos, valoraciones e informaciones generadas en cada uno de los procesos asistenciales a que se somete a un paciente y en los que se recoge su estado de salud, su evolución **clínica** y la atención recibida