



**Nombre de alumno: Karen Jazziel
Bautista Peralta**

Nombre del profesor: Rosario Cruz

Nombre del trabajo: Historia clínica

**Materia: Enfermería en el cuidado de
la mujer**

Grado: 4to. Cuatrimestre

Grupo: Ú

Pichucalco, Chiapas a 24 de septiembre de 2020.

INTRODUCCIÓN

La historia clínica es un documento que refleja todos los datos de salud de una persona, desde la primera vez que asiste a un centro de salud. Durante este ensayo hablaremos sobre la historia clínica, su concepto, objetivo, su importancia, la razón por la que es una herramienta fundamental para un buen desarrollo de la práctica médica.

ÍNDICE

Tabla de contenido

PORTADA	1
INTRODUCCIÓN.....	2
ÍNDICE.....	3
HISTORIA CLÍNICA	4
CONCLUSIÓN	6
BIBLIOGRAFÍA	6

HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es un documento legal de la rama médica que surge del contacto entre un paciente y un profesional de la salud, donde se recoge toda la información relevante acerca de la salud del paciente, con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria.

La doctrina médica forense ha definido a la historia clínica como el documento o instrumento escrito en el que consta en forma metódica, ordenada y detallada la narración de todos los sucesos acaecidos y comprobaciones realizadas por el médico o el equipo médico, durante la asistencia de un paciente en un establecimiento público o privado desde su ingreso hasta el momento de su egreso por alta o por muerte.¹

La historia clínica incluye información sobre las enfermedades que atravesó, los tratamientos que recibió, etc. Este documento, nos ilustra al hombre enfermo desde que inicia su primer contacto con el médico, continuando por examen clínico detallado y sometido a exámenes especiales; llegándose finalmente a un diagnóstico, el cual nos conducirá a instalar un tratamiento apropiado. Resume la herencia y hábitos de un ser humano, su constitución, fisiología y psicología; su ambiente, y siempre que fuera posible, la etiología y la evolución de la enfermedad. El paciente tiene derecho a pedir una copia autenticada, porque es el titular de la información.²

Una historia clínica completa se inicia con el primer control de salud o con la primera atención médica de un sujeto. El profesional en cuestión debe detallar su actuación en el documento para que quede el registro correspondiente. A partir de entonces, cada nueva atención o intervención médica debe consignarse en la historia clínica. Además de los datos clínicos, el archivo puede incluir los antecedentes familiares del paciente y sus hábitos.

Como ya mencioné, el objetivo de la historia clínica es facilitar la asistencia sanitaria, pero es importante mencionar otros aspectos para lo que es útil la historia clínica:

-A partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.

-También se utiliza para la evaluar la calidad de la asistencia médica.

¹ PATITÓ, José A.(2000). Medicina Legal.Buenos Aires, Centro Norte.

² (art. 19, ley 26.529).

-Es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.

También creo que es de suma importancia conocer cuáles son las repercusiones si se incumple o no se realiza la historia clínica:

-Malpraxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal.

-Defecto de gestión de los servicios clínicos.

-Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración.

-Riesgo médico-legal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por malpraxis médica.

Vamos a hablar ahora sobre las características de la historia clínica:

1.- Confidencialidad: El secreto médico es uno de los deberes principales del ejercicio médico cuyo origen se remonta a los tiempos más remotos de la historia y que hoy mantiene toda su vigencia. La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia sanitaria administrada a un paciente, por lo que es el documento más privado que existe en una persona.

2.- Seguridad: Debe constar la identificación del paciente así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

3.- Disponibilidad: Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.

4.- Única: Debe ser única para cada persona, por los beneficios que ocasiona al paciente.

5.- Legible: Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

Partes o secciones de la historia clínica:

1) Identificación del paciente.

2) Problema principal o motivo de consulta.

- 3) Enfermedad actual o anamnesis próxima.
- 4) Antecedentes o anamnesis remota.
- 5) Revisión por sistemas.

CONCLUSIÓN

La historia clínica es fundamental para saber cuáles enfermedades tuvo el paciente anteriormente, que tratamientos recibió, cuales son su hábitos, antecedentes familiares, qué enfermedades tiene, para que el médico pueda dar un tratamiento adecuado, para que el personal de enfermería pueda brindar una atención de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

Criado del Rio María. Aspectos médico legales de la historia clínica. Madrid 1999.

FLAH, Lily (2002). Confidencialidad, uso y abuso de la historia clínica. En VV.AA., Sorokin, Patricia (Coordinadora). Bioética: entre utopías y desarraigos. Buenos Aires: Ad-Hoc.

PATITÓ, José A.(2000). Medicina Legal. Buenos Aires, Centro Norte.