



HISTORIA CLINICA Y LEY 26.529

En julio de 2012, con la publicación del decreto 1089/2012, se completó la pendiente puesta en marcha de la ley “de los derechos del paciente, la historia clínica y el consentimiento informado”.

No es intención, aquí, de interpretar los contenidos de esta norma sino explicar como debe escribirse una HISTORIA CLINICA (HC) y que contenidos debe tener.

La norma jurídica es explícita, bastante precisa y por sobre todo clara en cuanto a su correlato con los derechos de los pacientes y las obligaciones de los profesionales.

1º-Un cambio significativo es la pertenencia, la titularidad de dicho documento. La HC es del paciente pero la guarda la debe hacer el profesional o la institución tratante, sea el paciente atendido en el consultorio del profesional o en el ámbito institucional. Este archivo o guarda se debe hacer durante los 10 años posteriores a la última vez que el paciente fuera atendido.

2º-**El paciente puede solicitar copia de la HC, sin necesidad de justificar su pedido**, y debe entregársele en 48hs. y excepcionalmente dentro de los 10 de solicitada.

3º-En la HC debe constar:

- datos identificatorios de la identidad del paciente;
- original o copia o transcripción de la derivación médica;
- hallazgos encontrados en la anamnesis, la inspección y la palpación;
- conclusiones de la evaluación kinésica;
- inclusión de informes de estudios complementarios o sus originales;
- programación del tratamiento conforme al criterio profesional;
- consentimiento del paciente a la aplicación de los agentes terapéuticos, luego que el profesional le hubiere explicado en forma clara, y el paciente haber comprendido, los objetivos, ventajas y riesgos del tratamiento (consentimiento informado);

- actualización o asentamiento del estado y/o evolución del paciente –con día y hora- de cada sesión con la firma y sello del kinesiólogo tratante.

4º-Esta normativa es de interés público, que se inscribe en el campo de los derechos de las personas y por lo tanto es igualmente exigible en todo el territorio del país.

5º-El cambio de actitud que debemos asumir en cuanto **la HC y el consentimiento informado son parte del acto profesional** y no una mera cumplimentación administrativa.

6º-Reiterar que la HC debe ser preservada de su acceso a cualquier persona pues guarda información personalísima; que está prohibido difundir su contenido (recordemos el secreto profesional y refresquemos el juramento hipocrático) y que además –ahora- todos los que deben manipular la HC (administrativos, facturistas, archivadores, recepcionistas, auditores, gerentes) están igualmente obligados a mantener la confidencialidad de lo que hubieren leído en dichos documentos.

7º-Aclarar que es válida la HC informatizada también llamada digital, electrónica o computarizada con exigencias propias a su conformación que serán explicadas.

8º-Por imperio de esta ley puede entenderse a la HC como un “libro de actas” de la atención del paciente pues es, ahora, el lugar de asiento de todas las novedades o sucesos acaecidos en el proceso asistencial.

9º-Concluir que la ficha kinésica (la histórica ficha N°3) “ha fallecido”, es obsoleta, no responde a estos tiempos.

No está demás aclarar que la HC debe ser llevada en la internación, en el consultorio externo, en el geriátrico, en el instituto de rehabilitación, en el consultorio personal, en la internación domiciliaria, y en la atención en el domicilio del paciente **con iguales exigencias y contenidos.**

La HC es un registro veraz que sirve como:

- a) ayuda memoria para el kinesiólogo tratante,
- b) medio de comunicación entre los diferentes profesionales intervinientes,
- c) una guía para conocer los consumos del paciente a la hora de facturar su atención,
- d) registro de las indicaciones y el cumplimiento de las mismas,
- e) documento legal donde queda registrado lo actuado y lo sucedido que podrá ser útil como prueba documental en instancias judiciales. Recordemos a la jurista Highton de Nolasco ”lo que no se escribe en la HC, no ha sucedido”
- f) registro de la evolución del paciente para poder redactar la epicrisis o el informe de alta,
- g) de fundamental valor científico, de estar protocolizada, en investigaciones clínicas y docencia,
- h) vital para evaluar la calidad de la atención, para la Auditoría Kinésica.
- i) importante herramienta para la mejor gestión y administración en el ámbito de la salud.

EXIGENCIAS BASICAS:

Las exigencias son iguales para las HC del sector público como del sector privado, de obras sociales, como de aseguradoras de riesgos del trabajo. No hay diferencia ninguna.

Las HC deben:

- estar escritas con letra clara,
- no tener espacios en blanco,
- escribirse sin abreviaturas, salvo que estén previamente aclaradas,
- no contener tachaduras ni enmiendas; si se hubiese cometido un error en la escritura se anotará tal situación en el texto en cuestión, aclarando literalmente "error".
- tener todas las páginas foliadas (numeradas),
- estar registrados secuencialmente los asientos anotados,
- ser firmada y sellada cada actualización o anotación realizada por cada profesional,
- contener la firma del paciente en el CONSENTIMIENTO INFORMADO, en las decisiones anticipadas de los pacientes, en su eventual revocabilidad parcial o total, en el acuerdo de los cambios de tratamiento, en la recepción de la copia solicitada de la HC, en las decisiones del comité de ética que haya sido consultado por el profesional o equipo asistencial,
- contener los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas.

La HC debe ser ÚNICA de cada paciente en el mismo establecimiento asistencial.

Es menester aclarar que el propio paciente es quien puede solicitar su HC o, en caso de su incapacidad, discapacidad o minoría de edad, su representante legal o familiar a cargo respetando el orden de prelación similar a la autorización para trasplantes (cónyuge o conviviente, hijos, padres, hermanos, etc.). En todos los casos quien retira LA COPIA DE LA HC deberá aclarar que vínculo lo une al paciente y firmar la recepción de la misma; a tal efecto se le solicitará documento de identidad y verificación del vínculo.

DISEÑO DE LA HISTORIA CLINICA

El presente diseño está elaborado exclusivamente para kinesiología. Si la intervención del Kinesiólogo es parte de un equipo inter o multidisciplinario los asientos se podrán registrar en hoja kinésica tal cual lo determina La Normativa de Servicio de Kinesiología del Programa Nacional de la Garantía de la Calidad de la Atención Médica (resolución 801/94 del Ministerio de Salud de la Nación), que se puede encontrar en www.sadak.com.ar

H.C. KINEFISIATRICA

FECHA

APELLIDO NOMBRES

Nº Y TIPO DE DOC. de IDENTIDAD..... CUIT/CUIL

COBERTURA DE SALUD y Nº de BENEFICIARIO

SEXO..... GENERO FECHA DE NACIMIENTO O EDAD.....

DOMICILIO..... LOCALIDAD.....

TELEFONO CELULAR

DIRECCION ELECTRONICA

PERSONA DE CONTACTO TEL. o CEL.....

PROFESIONAL DERIVADOR..... M.N./ M.P.

DIAGNOSTICO MEDICO..... FECHA.....

TRATAMIENTO SUGERIDO

CONTRAINDICACIONES

ANAMNESIS

ANTECEDENTES (Familiares y personales).....
.....

SINTOMAS (Narrados e interrogados).....
.....

OBSERVACION (Estática y dinámica).....
.....

EXPLORACION
.....

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (Informes o impresiones).....
.....

EVALUACIONES KINESICAS. Aquí se harán constar todo tipo de evaluación y protocolos de las mismas.
.....

DIAGNOSTICO KINESICO

PLAN DE TRATAMIENTO (detallado)
.....

ASENTAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....
.....

Se sugiere una redacción breve. **Al paciente (N. y A., DNI) se le ha explicado el tratamiento propuesto (detallarlo), los efectos buscados y los riesgos posibles, y consiente en que le sean aplicados dichos agentes con una frecuencia (diaria, bisemanal, trisemanal). FIRMA y ACLARACION por parte del paciente y del profesional.**

ASENTAR EN CADA SESION CON FECHA, HORA, FIRMA Y SELLO síntomas, signos, expresiones, progresos, involuciones, estado del paciente, detalle acerca del tratamiento o cualquier circunstancia que crea conveniente pero NO PONER: continúa tratamiento, igual tratamiento o textos similares intrascendentes.

EN LA ULTIMA SESION anotar informe del estado actual y conducta futura sugerida (epicrisis).

SI EL PACIENTE CONTINUA POR NUEVA INDICACION MEDICA consignar la misma como en la primera sesión.

NOTAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI): en caso que el estado del paciente o su edad no permita al paciente dar su conformidad, el CI será firmado por el familiar aclarando tal circunstancia (N y A, parentesco, DNI).

En los tratamientos multidisciplinarios (internación, terapia intensiva) basta con el consentimiento al momento del ingreso que involucra a todo el equipo profesional por lo cual no hace falta el específicamente kinésico)

CERTIFICADOS: conviene anotar en la fecha de entrega el contenido o razón de la entrega del mismo al paciente.

H.C. CERRADA: es posible diseñar un modelo de registración denominado cerrado, cuyos textos se remiten mas a contestar preguntas precisas a veces sólo tildando SI o NO, o a modo de protocolo, la cual es mas precisa y no da lugar a olvidos u misiones que podrían darse en una historia abierta como la que se presentó, y por otra parte muy eficaces para efectuar estudios e investigaciones.