

Documentación e historia clínica en Pediatría Interna Hospitalaria

AUTORES

Núria Gorina

Servicio de Pediatría. Alt Penedés (Barcelona)

Francisco Gómez Muzas

Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital General Universitario de Alicante,

Pedro J Alcalá Minagorre

Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante

AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Pedro J Alcalá Minagorre

Email: alcala_ped@gva.es

FECHA DE PUBLICACIÓN

Diciembre 2021

Resumen

La historia clínica (HC) es una de las herramientas más relevantes en la actividad cotidiana en todos los ámbitos asistenciales, dado que reúne la información básica sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo de todo su proceso asistencial. En las últimas décadas, la HC digital ha aportado nuevas utilidades, entre las que se encuentra la evaluación de los procesos sanitarios para establecer puntos de mejora. También se ha tratado de promover la autonomía y corresponsabilidad con instrumentos como la accesibilidad de los pacientes y responsables a su propia HC bajo el asesoramiento profesional. Existe una correspondencia entre la calidad de la HC y la asistencia brindada, por lo que debe ser una prioridad de los profesionales

Palabras clave: Historia clínica, servicio de documentación.

Abstract

Medical report (MR) is one of the most important and useful tools in daily activity in all healthcare settings, because it gathers data, assessments and information on the clinical situation and evolution of a patient throughout their entire healthcare process. In recent decades, digital MR has brought new dimensions, adding the format that supports the evaluation of health processes to establish points for improvement. The accessibility of patients to their own MR is assisted to promote their self-responsibility and self-care, under professional advice. There is a correspondence between the quality of the MR and medical assistance, so it should be a priority for professionals and centers to ensure improvement in the practice of managing clinical information.

Key words: H medical report, Medical Records Department, Hospital.

Estructura

1. [Introducción](#)
2. [Evolución, Fines y utilidades de la Historia Clínica](#)
3. [Formatos de historia clínica](#)
4. [Requisitos de la Historia Clínica](#)
5. [Características de la Historia Clínica Pediátrica. Historia Clínica Compartida](#)
6. [Componentes de la HC](#)
7. [Estructura y orden del Informe de la historia clínica e informe de alta](#)
8. [Servicio de Admisión y Documentación y archivos de historias clínicas](#)
9. [Historia Clínica Electrónica. Historia de Salud Electrónica](#)
10. [Codificación diagnóstica en Pediatría Interna Hospitalaria](#)
11. [Protección de datos. Derechos de los usuarios en relación a la Historia Clínica](#)
12. [Conclusiones](#)
13. [Bibliografía](#)

1. Introducción.

La historia clínica (HC) constituye unas de las herramientas más importantes y útiles para la actividad cotidiana asistencial. La HC se define como el conjunto de documentos relativos a los episodios de salud de enfermedad y salud de una persona, y la actividad sanitaria que se genera con cada uno de estos episodios.

La HC tiene que garantizar unas funciones determinadas que van desde la asistencia (que será el primordial), formativo-docente, la investigación clínica, la mejora de la calidad, la gestión y planificación de recursos asistenciales, además de aspectos medicolegales. Por definición, la historia clínica debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente en el hospital, siendo imprescindible un sistema eficaz de recuperación de la información clínica. Y resulta prioritario que esta información sea ordenada de tal manera que permita al facultativo un acceso rápido a la información para lograr la mejor labor asistencial.

2. Evolución, fines y utilidades de la Historia Clínica.

La Pediatría Interna Hospitalaria es el área de capacitación específica pediátrica responsable del cuidado integral del niño hospitalizado. Corresponde a un espacio organizativo capaz de realizar un manejo médico avanzado e integrador de las principales patologías agudas y crónicas que afectan a un niño hospitalizado en centros de diferente nivel asistencial.

Además de liderar y coordinar los equipos de otras especialidades específicas de órganos y sistemas durante la hospitalización y colaborar en el manejo de pacientes con patología quirúrgica, es el especialista de referencia en la asistencia a niños con patología crónica compleja y otras condiciones especiales.

Se responsabiliza del abordaje de la patología relacionada con la hospitalización, de la mejora de la seguridad del paciente y de la calidad asistencial en las unidades pediátricas hospitalarias.

A su vez esta área específica establece, coordina y ejecuta las iniciativas para la humanización de la atención pediátrica hospitalaria y de los cuidados centrados en el niño y su familia durante el proceso de hospitalización.

Estos aspectos integrales e integradores diagnósticos y terapéuticos del niño hospitalizado a lo largo de las distintas edades pediátricas constituyen el elemento esencial de la especialidad, y han de considerarse diferenciales respecto a otras áreas específicas pediátricas ya definidas, centradas en órganos y sistemas específicos. La Pediatría Interna Hospitalaria aporta una atención global al niño enfermo, asumiendo la completa responsabilidad de ésta, y es especialmente valiosa en pacientes con pluripatología o en los que no se ha podido establecer una filiación inicial de síntomas y signos de su enfermedad y requieren un amplio diagnóstico diferencial.

3. Formatos de historia clínica.

Se pueden clasificar las HC en función diversos criterios. Una primera aproximación puede ser por el soporte en el que se encuentra recogida. La HC tradicional almacenada en papel fue durante mucho tiempo la forma predominante. Con posterioridad apareció la historia clínica electrónica, en formato digital y que veremos en apartado específico.

- Un paso necesario para la transición a la historia clínica electrónica desde anteriores formatos es la digitalización de toda la información en soporte papel previa, y que aún se sigue produciendo y almacenando en algunos centros (3).
- Pero también, según el ámbito asistencial donde se realiza la HC existen diferencias en el formato e información recogida:
- En el ámbito de la Urgencia. Este tipo de historia tiene algunas particularidades; por ejemplo, para agilizar la atención se obvian algunos datos que no sean necesarios por el momento. Por otro lado, la situación del paciente condiciona que a veces sea imposible extraer determinada información.
- En Consulta de Atención Primaria o especializada, uno de los formatos más empleados por los usuarios
- De hospitalización: se realiza durante la estancia en el hospital del paciente
- Otras: también se pueden considerar otros tipos de historia como la de la visita domiciliaria o la atención en transporte sanitario asistido o con la aplicación de la telemedicina, como aconteció durante la pandemia de COVID-19.

4. Requisitos de historia clínica

4.1 Requisitos de calidad

El orden, estructura y contenidos de la HC pueden presentar defectos que limitan e incluso impiden su finalidad como elemento clave de la atención sanitaria. En ocasiones la información contenida puede ser excesiva o defectuosa, o carente de una sistemática o criterios de ordenación, lo que puede retrasar o confundir la búsqueda de los datos necesarios para la asistencia. Por ese motivo, la HC tiene que presentar requisitos universales de calidad, que se resumen en la [Tabla 1](#).

Tabla 1. Requisitos de calidad que debe integrar una historia clínica pediátrica.

- 1.- Individualizada y transversal
- 2.- Basada en conocimientos actualizados y revisados según la evidencia científica
- 3.- Completa y sistemática
- 4.- Razonada, sin prejuicios ni deformaciones
- 5.- Evolutiva: con incorporación de nuevas aportaciones y resolución de problemas
- 6.- Accesible a los profesionales autorizados
- 7.- Objetiva y clara
- 8.- Respetuosa con la intimidad del paciente

4.2. Accesibilidad y disponibilidad.

Es necesario alcanzar un equilibrio entre una serie de valores esenciales:

- Posibilitar a los responsables asistenciales el acceso ágil a los datos de salud relevantes sobre las personas, con la finalidad de mejorar la calidad asistencial, incluso en cuando los pacientes son atendidos en otros centros sanitarios o áreas geográficas. Se ha de permitir el acceso a múltiples usuarios implicados en la historia de salud de un paciente y facilitar el contacto entre estos profesionales
- Control de acceso a la HC, rastreabilidad y solicitud de autorización de aquellas personas que van a acceder al historial de salud.
- Accesibilidad de los ciudadanos. A través de los servicios de atención al paciente el paciente o sus responsables legales tienen derecho al acceso íntegro a su HC. Mediante la HC digital el paciente tiene la llave de acceso a sus datos y puede:
- Acceder a los conjuntos de datos personales relativos su salud.
- Consultar el registro de accesos al conjunto de datos.
- Seleccionar aquellos datos a los que no desea que tengan acceso determinados profesionales.

4.3. Protección de datos.

En su artículo 7, la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, se recoge claramente el derecho a la intimidad, y que se debe respetar el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley. En dicha ley también se recoge que los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar la protección de la confidencialidad de los datos relativos a la salud de sus pacientes, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes. Las oportunidades que ofrecen las tecnologías de la información y comunicaciones pueden emplearse como herramienta que garantice tal fin.

El desarrollo normativo posterior estableció el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en ciencias de la salud, y las circunstancias de acceso a la historia clínica y obligaciones de los profesionales sanitarios en formación (4).

En dicha ley también se recoge que los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar la protección de la confidencialidad de los datos relativos a la salud de sus pacientes, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes. Las oportunidades que ofrecen las tecnologías de la información y comunicaciones pueden emplearse como herramienta que garantice tal fin.

El desarrollo normativo posterior estableció el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en ciencias de la salud, y las circunstancias de acceso a la historia clínica y obligaciones de los profesionales sanitarios en formación (4).

4.4 Secuenciación temporal.

Con fecha y hora, que permite el seguimiento temporal y trazabilidad de las historias

4.5 Seguridad de la información.

Los sistemas de información con información tan sensible deben evitar la pérdida de información clínica, accidental o los cada vez más frecuentes ciberataques, así como la recuperación de los datos ante posibles problemas técnicos

4.6 Autenticidad de la información.

Se evitan errores en autoría de los episodios, mediante sistemas de verificación de la identidad, como la firma electrónica y los certificados digitales

5. Características de la Historia clínica. La Historia compartida.

La HC tendrá sus peculiaridades en función de sus utilidades:

- Edad del paciente: la composición y orientación de contenidos de la HC variará a lo largo de las distintas edades pediátricas: neonatal y perinatal, lactantes, escolares y adolescentes, en transición con los servicios de medicina adultos.
- Como ya hemos visto, según el tipo de acción asistencial que se trate, puede ser:
 - **Hospitalaria** (HCH), en el ámbito de la hospitalización o en el servicio de urgencias
 - Atención en **consulta de Atención Primaria**, programada o urgente
 - Atención en **consulta de Atención Especializada**

La Historia Clínica Compartida de la red pública es una plataforma digital que agrupa el conjunto de información clínica relevante de un paciente a lo largo de su proceso asistencial y permite el acceso a los profesionales asistenciales de manera organizada, inmediata, segura y confidencial de la información disponible sobre los pacientes entre los diferentes niveles asistenciales, y en diferentes centros sanitarios de distintos territorios. Este modelo compartido de información permite disminuir la descoordinación y errores de las pruebas diagnósticas o tratamientos prescritos. En su conjunto proporciona una información actualizada y relevante que favorece la toma de decisiones a la hora de hacer el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

6. Componentes de Historia clínica de Pediatría Interna Hospitalaria.

La historia clínica consta de diferentes bloques de información, antiguamente contenida en carpetas y archivadores identificados, y actualmente disponible en un entorno digital accesible desde los ordenadores con acceso a la red de trabajo. Cada uno de estos documentos específicos no tienen que estar presentes en todas las HC de cada paciente, pero sí hay una serie de elementos comunes básicos presentes en la mayoría de los centros y organizaciones (5).

En su artículo 12, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, determina el contenido mínimo de la historia clínica, que se expone a continuación:

6.1. Documentos generales.

1. Documentación relativa a la hoja clínico-estadística. Resumen de los datos administrativos y clínicos del episodio asistencial, con la información del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria.
2. Autorización de ingreso. Documento para ingresar al paciente, solicitado por el médico responsable, indicando el motivo, y el acuerdo firmado con el paciente para ser hospitalizado, que autoriza la realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos habituales que no requieran un consentimiento informado específico.

6.2. Documentos médicos.

Los documentos médicos reflejan la atención facultativa y son cumplimentados por los pediatras que atienden al paciente.

A.- Informe de urgencias/ Informe de ingreso. La secuencia del informe urgencias incluye los siguientes elementos (**Tabla 2**)

Tabla 2.- Apartados del informe de Urgencias Hospitalario/Hoja de ingreso.

- Identificación del paciente
- Motivo de consulta
- Categorización del equipo de triaje
- Impresión general: Triángulo de evaluación pediátrica (TEP)
- Valoración primaria: ABCDE
- Valoración secundaria (Valoración adicional): anamnesis y exploración enfocada
- Pruebas complementarias
- Valoración terciaria: evolución e impresión diagnóstica
- Recomendaciones y tratamiento (si no ingresa)
- Destino al alta. En el caso de ingreso se especificará su destino

B.- Evolución del paciente. Contiene los cambios significativos en la situación del paciente, su revalorización clínica con las modificaciones en el diagnóstico de los problemas y motivos para cambios en el plan terapéutico, resultados relevantes de las pruebas complementarias, etc. Las anotaciones tienen que registrar los datos identificativos del facultativo responsable de las mismas y la fecha en las que se registran. En este sentido, actualmente se utiliza la historia clínica orientada por problemas como método lógico de documentar la atención al paciente, que mantiene una mayor comunicación entre los diferentes profesionales que atienden a los pacientes en los diversos entornos asistenciales (**Tabla 3**). Los Principales componentes de la historia orientada por problemas son: conjunto de datos, listado de problemas, notas SOAP

Tabla 3.- Principales componentes de la historia orientada por problemas.	
Naturaleza de los datos	Cronopatología del paciente, obtenida a partir de la historia clínica, el examen físico, pruebas diagnósticas y la propia evolución del curso clínico, interacción con otros compañeros, etc.
Listado de Problemas	Definidos como todo aquello que afecte al paciente en la esfera biopsicosocial. (signo, síntoma, resultado de laboratorio, estado físico emocional, ambiente social). La lista de problemas es algo dinámico, ya que pueden ir apareciendo nuevos problemas e irse resolviendo otros. Los problemas se numeran cronológicamente, pero se atienden de acuerdo a su importancia y gravedad.
Organización de los datos en las notas evolutivas: acrónimo SOAP	S: subjective (datos subjetivos) referentes a la entrevista con la familia y su relato de cómo percibe el paciente o sus acompañantes su estado de salud, y lo que el paciente o lo que el profesional sanitario observa. Son datos descriptivos que no pueden confirmarse mediante pruebas. Se obtienen mediante la observación y a escucha activa de los distintos aspectos de salud evaluados O: objective (datos objetivos) incluyen los signos vitales, resultados del examen físico, de las pruebas diagnósticas y los tratamientos recibidos A: assessment (valoración) Los datos subjetivos y objetivos deben utilizarse para evaluar el estado del paciente incluyendo los resultados de las pruebas y también la evaluación de la terapia prescrita, normalmente en forma de una breve síntesis de la situación P: plan a seguir. Una vez evaluados los datos subjetivos y objetivos debe establecer un plan de actuación basado en el juicio clínico del profesional y en el que establece las prioridades y criterios para la toma de decisiones

C.- Órdenes médicas. Recoge, con registro de autoría y orden temporal, las indicaciones prescritas por el médico: fármaco (con dosis, frecuencia y vía de administración), la dieta, fluidoterapia, oxigenoterapia, medidas de aislamiento....

D.- Informes de exploraciones complementarias. Incluye los resultados e interpretación especializada de los diversos tipos de pruebas laboratorio, diagnóstico por imagen, pruebas funcionales, técnicas exploraciones invasivas e informe de Anatomía Patológica, si lo hubiere.

E.- Informe clínico de alta hospitalaria. Al finalizar cada episodio asistencial de un paciente, el pediatra responsable resume la epicrisis del paciente, realizando un resumen del proceso asistencial y de la atención sanitaria recibida durante la hospitalización. Este informe debe tener una estructura normalizada, que facilita la comprensión y comparación por parte de profesionales de distintos centros. En la **tabla 4** se presenta una secuencia de apartados y contenidos recomendados para el informe de alta de una hospitalización pediátrica. Los contenidos mínimos del informe de alta también están sujetos a una base normativa. El Real Decreto 1093/2010 (6) enumera y unifica el conjunto mínimo de datos que deberán contener los de documentos clínicos con el fin de compatibilizar y hacer posible su uso por todos los centros y dispositivos asistenciales que integran el Sistema Nacional de Salud, y así poder emplearse entre otros fines, para la obtención del CMBD (véase más adelante).

Tabla 4.- Conjunto de datos del Informe de alta según Real Decreto 1093/2010.

Datos del documento	Tipo de documento, fecha de firma, fecha de ingreso y de alta, nombre y categoría profesional del responsable, y del supervisor del anterior si fuese MIR, Servicio y Unidad.
Datos de la institución emisora	Denominación del Servicio de Salud, del provisor de servicios, del Centro, Dirección del mismo.
Datos del paciente	Nombre, apellidos, fecha de nacimiento, número de código de identificación de paciente autonómico, código del Sistema Nacional de Salud, número de historia clínica, domicilio particular.

Tabla 4.- Conjunto de datos del Informe de alta según Real Decreto 1093/2010.

Datos del proceso asistencial	<ul style="list-style-type: none"> - Motivo del alta - Motivo de ingreso - Tipo de ingreso - Antecedentes - Historia actual - Exploración física - Resumen pruebas complementarias - Evolución y comentarios - Diagnóstico principal - Otros diagnósticos - Procedimientos - Tratamientos al alta - Otras recomendaciones
-------------------------------	--

6.3 Documentos específicos.

Existen además documentos que reflejan la atención específica que necesite el paciente, según se trate de un procedimiento o valoración realizada por otros especialistas, o de procesos asistenciales de corresponsabilidad como el Consentimiento Informado. Algunos de los más habituales se exponen en la **Tabla 5**.

Tabla 5. Documentos específicos que puede incluir la historia clínica hospitalaria.

Hoja de interconsulta	Petición motivada de consulta a otro servicio o unidad hospitalaria distinta a donde está ingresado el paciente, así como el informe de respuesta del servicio consultado.
Informe de valoración preanestésica e informe de anestesia	Contiene la información sobre la valoración previa al procedimiento (quirúrgico o no) realizada por el anestesista del paciente y sobre la actividad anestésica que se ha producido durante el procedimiento (responsable, constantes, soporte recibido)
Informe quirúrgico	Documento donde se recoge la información detallada de la operación quirúrgica, con los datos del personal que interviene, la intervención realizada con su protocolo, incidencias y hallazgos importantes, etc.

Hoja de interconsulta	Petición motivada de consulta a otro servicio o unidad hospitalaria distinta a donde está ingresado el paciente, así como el informe de respuesta del servicio consultado.
Informe de valoración preanestésica e informe de anestesia	Contiene la información sobre la valoración previa al procedimiento (quirúrgico o no) realizada por el anestésista del paciente y sobre la actividad anestésica que se ha producido durante el procedimiento (responsable, constantes, soporte recibido)
Informe quirúrgico	Documento donde se recoge la información detallada de la operación quirúrgica, con los datos del personal que interviene, la intervención realizada con su protocolo, incidencias y hallazgos importantes, etc.

Consentimiento informado.

Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, la conformidad previa de los pacientes o usuarios. El consentimiento será verbal por regla general, pero se prestará por escrito ante intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en todos aquellos tratamientos que supongan riesgos o inconvenientes notorios para la salud del paciente. Aunque parte de la información debe ser individualizada, los distintos centros cuentan con plantillas específicas con plantillas descargables para procedimientos normalizados y habituales.

No se trata de un mero requisito legal, sino un proceso mediante el cual el paciente participa en la toma de decisiones ante tratamientos, técnicas o procedimientos que puedan presentar riesgos esperables o incertidumbres sobre su salud. Para ello deben contar con información comprensible proporcionada con la suficiente antelación por los facultativos responsables, que expondrán las distintas opciones, alternativas y riesgos relacionados con el proceso asistencial. En el caso de la Pediatría esta información debe proporcionarse a los padres o tutores legales del paciente, y también al menor siempre que se pueda (especialmente en mayores de 12 años), adecuando la información a su nivel de comprensión y después de haber escuchado su opinión.

Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no estén incapacitados, no cabe prestar el consentimiento por representación, salvo cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo. La autorización o revocación del consentimiento, mediante firma en un documento específico, será registrado en la historia clínica.

Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: cuando existe riesgo para la salud pública por razones sanitarias establecidas por la Ley, o cuando hay riesgo inmediato grave para la vida del paciente.

Es importante señalar que cuando los facultativos consideren que las decisiones de los responsables del menor son contrarias a sus propios intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del ministerio fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, siguiendo la *lex artis* y amparados por la justificación del cumplimiento del deber y de necesidad.

Alta Voluntaria, alta forzosa y fuga de pacientes.

El documento de alta voluntaria se podría definir como la decisión manifiesta un paciente o sus representantes de finalizar el periodo de hospitalización por su propia iniciativa, de forma unilateral y sin contar con el criterio del médico responsable. El abandono voluntario del hospital se reconoce como un derecho del paciente, por lo que no deben existir consecuencias desfavorables para él por parte del centro ni de los profesionales que lo atienden. El alta forzosa implicaría el abandono de la institución, por parte del paciente, de forma ineludible y por criterios facultativos (7).

La Ley de Autonomía del paciente establece que el facultativo responsable ofrecerá alta voluntaria cuando el paciente, y en el caso de la Pediatría sus responsables, no acepten el tratamiento propuesto (o posibles alternativas dentro de la consideración del facultativo). Si no la firmara, la dirección del centro, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley.

La no aceptación del tratamiento prescrito no implica al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos.

En el caso de que el paciente o responsables no acepten el alta forzosa, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión. Todas estas circunstancias quedarán debidamente documentadas en la historia clínica.

La solicitud de alta voluntaria por parte de los responsables del niño, o menor con esa potestad (mayor de 16 años o emancipado) puede ser no compartida desde el punto de vista del pediatra responsable. Esta opinión debe quedar reflejada en la historia junto con las alternativas ofrecidas. Si el abandono de la hospitalización o tratamientos propuestos pueden producir un deterioro del estado del niño o pudiera traer consecuencias irremediables sobre su salud, el profesional estaría obligado a comunicarlo a la dirección del centro y al juzgado responsable de menores.

En otras ocasiones se puede producir la fuga del paciente y sus familiares responsables, es decir, el abandono del centro sanitario sin previo aviso. Dicha circunstancia se comunicará a la dirección del centro, que tomará las medidas oportunas (comunicación al juez de guardia, etc.), quedando en la historia clínica reflejada ese abandono y las repercusiones clínicas que la interrupción de la asistencia conlleva.

6.4 Documentos de Enfermería.

Existe una serie de documentos específicos integrados en la HC en relación a la asistencia prestada por el personal de enfermería y técnico de cuidados auxiliares de enfermería:

- Motivo de ingreso, alta o derivación por enfermería.
- Antecedentes y entorno: valoración problemas de salud y necesidades físicas, emocionales y sociales.
- Diagnósticos enfermeros resueltos y activos.
- Resultados de enfermería e intervenciones realizadas, programadas o pendientes.
- Protocolos asistenciales en los que está incluido el paciente.
- Recomendación de cuidados en el momento del alta hospitalaria.

- Hoja de transición de cuidados con haya traspaso de profesionales en el mismo centro o ante traslado interservicios o interhospitalario.

Estos documentos específicos incluyen datos de relevancia clínica del paciente, integrados en la historia clínica. Algunos de los más relevantes se desarrollan en la **tabla 6.**

Tabla 6.- Documentos específicos de la historia clínica de enfermería.	
Valoración de enfermería	Recoge de forma sistemática los datos de la evaluación inicial por personal de enfermería (con una organización basada en las necesidades personales, familiares, problemas de salud, patrones funcionales y escalas de valoración)
Evaluación, planificación de cuidados de enfermería	Incluye diagnósticos de enfermería y el plan de cuidados del paciente, estado de este y sus familiares a los cuidados y las incidencias observadas. Pueden desglosarse en dos documentos: evolución y planificación
Aplicación terapéutica / administración de tratamiento	Registro de administración de medicamentos y otros procedimientos diagnóstico-terapéuticos (por ejemplo, retirada/inserción de vía, sondas) con los detalles de identidad de quien la realiza, fármaco o tratamiento, dosis, vía, fecha y hora) y las incidencias que se presentan
Gráfica de constantes	Registro periódico de las constantes vitales del paciente (así como otros datos fisiológicos para control evolutivo. Las distintas unidades asistenciales, según su ámbito y modalidad asistencial, podrán elaborar documentos específicos a tal efecto, que respondan mejor a las necesidades asistenciales y la información del paciente. Esta información puede completarse con sistemas de registro de constantes e integrarse en la HC electrónica. Los documentos en formato físico deberán ser digitalizados para su integración posterior en la historia del paciente
Informe de alta de cuidados de enfermería	Se hará entrega en el momento del alta y también en el caso de traslado intra/interhospitalario
Escalas de valoración por enfermería de diversos problemas de salud y seguridad del paciente	Sistema de alerta temprana, escalas de valoración del dolor, riesgo de caídas, riesgo de úlceras por presión

7. Estructura y orden del informe de la historia clínica. Informe de Alta.

El orden de datos que deben recogerse en la historia clínica es distinto en cada centro.

Asumiendo una variabilidad inevitable, muchas veces condicionada por el ámbito asistencial, se debe considerar una mínima uniformidad en la secuencia de los documentos y en el tipo de historia empleada (cronológica, orientada por problemas).

El informe de alta hospitalario también tiene que tener una estructura normalizada, que facilite la comprensión y comparación por parte de profesionales de distintos centros.

En la **tabla 7** se presenta una relación de apartados y contenidos para el informe de alta de una hospitalización pediátrica.

Tabla 7.- Secuencia organizativa de apartados y contenidos de un informe de alta de hospitalización pediátrica.

1. Datos del paciente	Corresponde a los datos mínimos de filiación establecidos por la normativa vigente.
2. Antecedentes personales. Se profundizará más o menos en distintas fases según la edad y circunstancias de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> ○ Antecedentes perinatológicos: control y curso de la gestación. número y tipo de parto- características del RN, con edad gestacional, Apgar, complicaciones y requerimientos postnatales, cribado neonatal. Incidencias periodo neonatal inmediato y tardío. ○ Tipo de alimentación recibida y actual, intolerancias, Problemas nutricionales. ○ Estado vacunal, inmunoglobulinas, tuberculina. ○ Antecedentes patológicos del paciente: ingresos previos, diagnósticos, alergias, seguimiento por problemas de salud. ○ Tratamientos habituales. Reacciones adversas medicamentosas (confirmadas o sospechadas). ○ Seguimiento clínico por especialidades. ○ Exploración situación sociofamiliar. ○ Escolaridad y rendimiento, si fuera el caso.

Tabla 7.- Secuencia organizativa de apartados y contenidos de un informe de alta de hospitalización pediátrica.

3. Antecedentes familiares	Núcleo familiar, tipo de familia, incluir aspectos del genograma si es necesario y patologías relevantes de cada miembro. Convivientes y hábitos de la familia (hábito tabáquico). Situaciones de vulnerabilidad socioeconómica si fuera el caso.
4. Enfermedad actual	La anamnesis en la planta de hospitalización irá dirigida a conocer el síntoma principal(guía) con su definición, inicio, intensidad, frecuencia y repercusión funcional, expone los problemas del paciente a considerar para así establecer el diagnóstico diferencial.
5. Exploración física	Debe ser sistemática y completa. Se inicia con las constantes clínicas en el momento de su ingreso (FR, FC, TA, Sat O ₂) así como datos somatometría con peso y talla y su equivalencia en el percentil correspondiente. Se acompaña de la inspección inicial incluyendo la primera impresión del paciente y la sistemática detallada según cada nivel etario por aparatos.
6. Pruebas complementarias	Se detallan las pruebas realizadas de manera sistemática y ordenada con los principales resultados obtenidos: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio (Análisis Clínicos y Microbiología). • Pruebas de imagen. • Medicina nuclear. • Anatomía Patológica. • Cualquier otro tipo de estudio que se haya generado durante el ingreso. • Resultado de las interconsultas a especialistas.
7. Orientación diagnóstica	Se trata de emitir el diagnóstico diferencial.

Tabla 7.- Secuencia organizativa de apartados y contenidos de un informe de alta de hospitalización pediátrica.

8. Epicrisis y evolución	<p>Es la principal aportación del informe de alta. Se ha de realizar una explicación comprensible y ordenada de los problemas que se han planteado en el paciente y su resolución a lo largo del ingreso. La epicrisis es el punto principal de la HC que expone la patocronología del ingreso y justificación de los tratamientos prescritos, según las mejores evidencias científicas. Podemos encontrar las modalidades</p> <p>1.- Resumen cronológico por aparatos: con justificación y razonamiento de las decisiones y actuaciones y los tratamientos propuestos</p> <p>2.- Evolución por Problemas, detallando los distintos problemas diagnósticos y enfoques de cada problema realizados de acuerdo con decisiones clínicas, resultados de las pruebas complementarias y el juicio clínico del equipo.</p>
9. Diagnósticos al alta	<p>Codificación diagnóstica. Procedimientos recibidos.</p>
10.Recomendaciones y tratamientos al alta	<p>Incluye la medicación prescrita al alta, las recomendaciones generales y específicas según la patología a la familia, visitas aconsejadas a los especialistas.</p>
11. Destino	<p>Traslado a otro servicio, domicilio, Atención Primaria, consultas externas, Traslado a otro centro, Unidad de Hospitalización a Domicilio, Centro de Acogida o Residencia Social, Éxitus, Otros</p>
12.Fecha y firma del pediatra responsable	<p>Datos de identificación, sección, cargo del médico adjunto responsable de la asistencia, y de los médicos internos residentes asignados si fuera el caso</p>

8. Servicio de Admisión y documentación de Historias clínicas.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es un servicio multidisciplinar no asistencial cuya finalidad es facilitar el acceso del usuario a la asistencia sanitaria especializada en régimen ambulatorio o de hospitalización, así como de gestionar la historia clínica. El RD 866/2001 establece las funciones básicas de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (8), entre las que se encuentra el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información asistencial y de la documentación clínica.

El Servicio de Documentación se encarga de establecer, conservar y supervisar sistemas de gestión y recuperación de la información clínica de un centro. Para ello emplea sistemas eficaces de localización de las historias y sistemas de codificación de la información más relevante. Vela por la normalización de la documentación clínica del centro para su correcta homogeneización en colaboración con la Comisión de Historias Clínicas. En corresponsabilidad con la dirección de los centros sanitarios, organiza y mantiene la información histórica con las medidas de seguridad idóneas para garantizar la confidencialidad de los datos de los pacientes, según la normativa vigente de protección de datos de carácter personal.

El archivo de historias clínicas hospitalarias es una unidad dependiente del Servicio de Admisión y Documentación. Entre otros cometidos se encarga de gestionar la información en un centro sanitario y poner esta información a disposición de los profesionales que la requieran para realizar su labor asistencial, investigadora, desarrollo de comisiones de calidad asistencial, aspectos medico-legales... Aplica la normativa sobre localización, préstamo y devolución de historias clínicas, establece los mecanismos que aseguren su disponibilidad y que velan por su confidencialidad. Tradicionalmente ocupaba un amplio espacio en los centros hospitalarios o en otros edificios, pero con la digitalización de la información clínica se lleva a cabo mediante programas informáticos vinculados a servidores capaces de acumular eficientemente una cantidad cada vez mayor de información relacionada con la asistencia de los usuarios.

Progresivamente el soporte papel de las antiguas historias es sustituido por la modalidad electrónica. Durante el periodo de transición es importante conocer que la legislación establece la conservación de la historia clínica, junto con los datos de identificación de cada paciente y profesionales, un intervalo mínimo de 5 años de forma general, y al menos 15 años en determinados tipos de documentos:

- Informes de alta
- Informes quirúrgicos y/o el registro de parto
- Datos de anestesia
- Informes de exploraciones complementarias
- Informes de necropsia y/o de anatomía patológica

9.Historia clínica electrónica. Historia de Salud electrónica

El uso de medios informáticos en los centros sanitarios se ha generalizado en los últimos años, con un progresivo abandono del formato papel en la mayoría de los centros y el desarrollo de la historia clínica electrónica. Los programas informáticos integran las tareas de gestión, el trabajo de los distintos profesionales y el manejo de la información clínica. La continuidad asistencial de los pacientes, la asistencia cada vez más interdisciplinar de profesionales (pediatras, distintos especialistas médicos y quirúrgicos, profesionales de enfermería, servicios sociales...) que atienden a un paciente en distintos ámbitos (Atención Primaria, Servicios de Urgencias, Hospitalización y Consultas Externas) de distintos centros de un sistema condicionan un historial clínico más complejo, y con un soporte diferente a la historia física (9). De esta necesidad surge la **historia clínica electrónica** como una parte del sistema integrado de información de salud, ligado habitualmente a agencias y grandes organizaciones más que a profesionales o centros.

La HC deja de ser un registro de la información generada por un profesional sanitario o un centro sanitario y un paciente, para convertirse en una parte del sistema integrado de información de salud de un ciudadano. Además, este registro debe formar parte del sistema de información de los servicios de salud correspondiente, y se integra los sistemas de gestión económica-financiera, planificación estratégica y control de gestión sanitaria.

La HC electrónica tiene que responder a unas exigencias:

- **Disponibilidad:** la información ha de poder ser consultada en cualquier oportunidad por los profesionales que lo necesiten
- **Integridad:** la información en su totalidad ha de estar completa y protegida ante posibles pérdidas, errores, extravíos o amenazas externas. Ha de haber mecanismos que aseguren la permanencia y el archivo de la información, creando y guardando copias de seguridad de forma periódica y automática y evitando su pérdida o manipulación.
- **Privacidad y confidencialidad:** el acceso a la historia clínica debe ser restringido al personal autorizado, delimitado por el perfil profesional y justificado explícitamente (por motivos asistenciales, docentes-investigadores, salud pública, comisiones, auditoría, informes a terceros, judicial...) con la trazabilidad y rastreabilidad de las personas que hayan podido acceder a esa historia clínica, los documentos consultados y dónde y cuándo se ha realizado la consulta.

La HC electrónica presenta una serie de ventajas e inconvenientes:

Ventajas

- Favorece la organización, integración y actualización de la información que se va produciendo la atención sanitaria evolutiva del paciente, y de los resultados e informes de pruebas realizadas.
- Acceso inmediato y simultáneo a la información clínica, en el mismo o en distintos centros sanitarios por los profesionales implicados, lo que favorece la coordinación asistencial y la toma de decisiones
- Agiliza todos los aspectos de la HC relacionados con la gestión sanitaria: obtención rápida de información (como el CMBD, por ejemplo), planificación, evaluación de la calidad, etc.

Inconvenientes

- Alto coste económico de la adquisición e implantación de las redes, equipos y programas informáticos necesarios, así como el mantenimiento de los mismos
- Necesidad de un equipo informático coordinado con el servicio de documentación clínica
- Necesidad de formación periódica del personal asistencial y administrativo
- Interrupción del acceso a la historia por problemas técnicos de equipos y red
- Incompatibilidades entre programas de gestión de historia clínica de los distintos centros, territorios geográficos, organizaciones e instituciones

- Deficiente integración de los distintos programas modulares (asistencia, prescripción, gestión de pruebas de laboratorio, pruebas de imagen) en la historia clínica, obligando a los profesionales en ocasiones a trabajar con varias ventanas simultáneas, con alto riesgo de errores en el manejo de información clínica
- Resistencia de algunos profesionales sanitarios a las nuevas formas de trabajo
- Programas informáticos poco intuitivos, rígidos y mal ajustados a las necesidades asistenciales

Como la HC clásica, la HC electrónica presenta dos modelos básicos de organización: el orientado por problemas de salud, de uso habitual en atención especializada, y el orientado a un contexto comunitario, donde se integran otras dimensiones biopsicosociales y familiares del paciente.

Historia de Salud Electrónica.

Se refiere al registro longitudinal de todos los acontecimientos relativos a la salud de una persona, desde el nacimiento (e incluso prenatales), hasta su muerte. La información clínica es complementada con otras informaciones, que van desde la suministrada por otros profesionales de la salud –del centro hospitalario, del centro de asistencia primaria, de los servicios de prevención laboral, de las unidades de salud mental, del centro de asistencia para personas de la Tercera Edad...–, hasta la atención socio-sanitaria, con datos no sólo de la asistencia pública sino también privada. La Historia de Salud Electrónica puede obtener la información de los siguientes sistemas:

- Bases de datos vinculadas tarjeta sanitaria y al sistema de información poblacional
- Historias clínicas vigentes
- Centros sanitarios concertados o de otros servicios de salud.
- Sistemas clínico-diagnósticos departamentales: laboratorio, diagnóstico por imagen
- Programas del Área de Prevención y Promoción de la Salud
- Sistemas de prescripción y receta electrónica
- Prestaciones sanitarias complementarias
- Sistemas de ayuda a la toma de decisiones clínicas

Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS).

Dada la asimetría en la implantación de la HCE, así como las diferencias entre programas y sistemas entre las comunidades autónomas, resulta clave poder compartir la información clave sanitaria entre los distintos Servicios de Salud de los territorios del país. La HCDSNS incluye documentación que se encuentre disponible en soporte electrónico en cualquier lugar del SNS con las garantías de seguridad y confidencialidad exigidas para datos personales tan sensibles (10).

10. Codificación diagnóstica en Pediatría Interna Hospitalaria.

La codificación diagnóstica surge de la necesidad de disponer de herramientas de información válida, común y homologable que permitan la comunicación, el análisis y la comparación de actividad entre todos los profesionales sanitarios, investigadores, gestores o responsables políticos. La normalización es un requisito previo esencial. El establecimiento de criterios consensuados, la adopción de sistemas de clasificación aceptados y válidos para sus diferentes finalidades, se constituyen en elementos indispensables para la obtención de una información de calidad.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), publicada por la Organización Mundial de la Salud, es el inventario principal donde se recogen todos los posibles diagnósticos médicos, así como los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Constituye el sistema más importante de codificación para la monitorización de los problemas de salud y para las comparaciones internacionales. Permite la conversión de los términos diagnósticos y procedimientos desde palabras a códigos alfanuméricos para facilitar su almacenamiento y examen.

Desde el 1 de enero de 2016 la versión española de la CIE-10 ha sido implantada en nuestro país como clasificación de referencia para la codificación clínica y para el registro de morbilidad atendida (11). En él se establece la implantación paulatina, según el tipo de hospital y el ámbito asistencial, de un nuevo modelo de datos del conjunto mínimo básico de datos (CMBD).

Es consistente, además, con otras clasificaciones tales como el DSM-IV (Clasificación de Trastornos Mentales), la ICD-O-3 (Clasificación Internacional de las Enfermedades para Oncología), la Clasificación de Diagnósticos y Cuidados de Enfermería y, por último, con la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP2), la cual tiene correspondencias directas con CIE-10 (12).

Los servicios de Admisión y Documentación clínica de los centros sanitarios son los responsables de la adecuada codificación de los diagnósticos y procedimientos de los episodios de hospitalización, y realizan la supervisión del almacenamiento y explotación de los datos codificados. De esta actividad depende la calidad de la información clínica empleada para la gestión eficiente de los centros. Resultan críticos en el proceso de la creación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y de los Grupos relacionados con el Diagnóstico (GRD).

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Es una base clínico-administrativa creada con los datos de los informes de alta realizado por las unidades de codificación de los Servicios de Documentación de cada centro hospitalario. Éstos se encargan de registrar un conjunto mínimo básico de datos (tabla 8) de obligado cumplimiento para los hospitales de nuestro Sistema Nacional de Salud. Esta base de datos clínico-administrativa es una buena herramienta para poder evaluar la multimorbilidad, facilitar la gestión de recursos y aspectos relacionados con la variabilidad asistencial ante un mismo diagnóstico principal o secundario.

- Edad, sexo, Índice de Comorbilidad de Charlson
- Diagnósticos principal y secundarios
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos durante el ingreso.
- Destino al alta: Domicilio, traslado, exitus
- Estancia media.
- Reingreso en menos de 30 días
- Mortalidad intrahospitalaria.
- Complicaciones asociadas al ingreso.
- Alt de servicio médico o quirúrgico

Grupos relacionados con el diagnóstico (GRD).

Sistema de clasificación de pacientes por el que se ajusta su nivel de complejidad para obtener grupos con características clínicas semejantes, y según los riesgos de dicha población. Se obtiene mediante programas informáticos alimentados por el CMDB, pero gracias a los ajustes podemos clasificar a los pacientes en grupos clínicamente similares y con parecido consumo de recursos sanitarios. Los GRD refinados incluyen diversas modificaciones para clasificar de una manera más precisa a los pacientes de un servicio pediátrico (13). Estas adaptaciones se basan en trabajos realizados en Estados Unidos por la Asociación Nacional de Hospitales Infantiles e Instituciones Relacionadas (NACHRI) (14), e incluyen, entre otras, la utilización del peso del recién nacido como variable inicial de clasificación en neonatología y la definición de diversos GRD específicos para pacientes neonatos y en edad pediátrica.

11. Protección de datos. Derechos de los usuarios en relación con la Historia Clínica.

La aplicación del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) complementa el marco legislativo sobre el tratamiento de datos personales que venían recogidos en la normativa sectorial sanitaria relacionados con la autonomía del paciente. Los datos personales relativos a la salud son considerados como datos sensibles y especialmente protegidos, como categoría especial de datos personales (17,18).

Se establece que el responsable del tratamiento de los datos que forman parte de la HC es el médico o el centro sanitario, que también es responsable de custodiarla e implantar medidas de seguridad que eviten su extravío o acceso por terceros.

No es necesario que el médico o el centro sanitario soliciten el consentimiento al paciente o sus familiares para recoger y usar sus datos personales si se van a utilizar para fines de prestación sanitaria, medicina preventiva, salud pública, gestión de los servicios de asistencia o social. Tampoco se requiere el consentimiento cuando la información clínica sea requerida por un órgano judicial (artículo 6.1.d del RGPD). No obstante, las personas que traten los datos deben ser profesionales sujetos a la obligación del secreto profesional, o que estén bajo su responsabilidad.

Se debe informar de los siguientes aspectos: quién es responsable del tratamiento de los casos y finalidad para los que ha sido recogida, legitimación en las que se basa el tratamiento, posibilidad de ejercer sus derechos, plazo de conservación de los datos personales. Se debe seguir una serie de principios a la hora del tratamiento de datos: licitud, lealtad, transparencia, exactitud y minimización (sólo se emplearán los datos pertinentes y limitados a lo indispensable).

El paciente, y en el caso de los menores sus responsables legales, tienen el derecho al acceso a los datos personales y a la documentación que constituye la HC. La Ley de Autonomía del Paciente establece una serie de limitaciones (por perjuicio de derecho de terceras personas y la reserva de algunas anotaciones consideradas subjetivas de profesionales).

Se puede obtener el derecho de rectificación de la historia clínica, bien de los datos personales, que se rectificarán aportando la documentación acreditativa del error. Si la rectificación se refiere a datos clínicos, es el profesional el que determina si debe rectificarse el dato o no. El derecho de supresión de datos de la HC está limitado debido a la finalidad de este documento, no sólo asistencial, sino también judicial, epidemiológico y de salud pública. Sólo el profesional sanitario puede determinar si se puede suprimir el dato de salud.

Es importante reseñar que el acceso a la HC sólo está justificado porque es necesario para realizar su trabajo, y no es lícito por otros motivos ajenos a ese ámbito. La Agencia Española de Protección de Datos puede sancionar a los Servicios de Salud por haber establecido medidas que eviten el acceso inadecuado, y que el acceso ilícito a datos de salud puede constituir un delito de descubrimiento y revelación de secretos previsto y penado en el Código Penal.

12. Conclusiones.

- 1.- La HC es una herramienta clave para la práctica asistencial, así como para la formación y docencia de futuros profesionales, la investigación clínica, la mejora de la calidad asistencial, la gestión y planificación de recursos asistenciales, además de aspectos medicolegales.
- 2.- La HC está sujeta a una normativa legal, establecida desde el nivel estatal y desarrollada por las correspondientes comunidades autónomas.

- 3.- La HC debe ser sistemática, ordenada, veraz y gestionada adecuadamente. Los sistemas digitales deben garantizar la accesibilidad, garantizando la seguridad y la protección de sus datos.
- 4.- Existe una correspondencia entre la calidad de la HC y la asistencia brindada. Además de la responsabilidad profesional, los centros establecerán órganos asesores que promuevan la mejoría de la práctica en el manejo de HC y la documentación clínica.
- 5.- Los Servicios de Admisión y Documentación Clínica son claves para el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información asistencial y de la documentación clínica.
- 6.- La HC ha experimentado grandes transformaciones por el desarrollo digital en el entorno sanitario. Se debe buscar un equilibrio la finalidad básica de la HC, la aplicación de la gran cantidad de información obtenida por los sistemas sanitarios (Big Data) y el respeto de los derechos básicos de los usuarios.

13. Bibliografía.

- 1) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en [<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>] Último acceso junio 2021
- 2) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715> [Último acceso junio de 2021]
- 3) Sabartés Fortuny, Bernat Martínez-Hidalgo, Rodríguez García, López Mateo, Porqueiras Suárez.
- 4) Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso Papeles Médicos 2010; 19: 4-10
- 5) Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2017-1200 [Último acceso en julio de 2022]
- 6) Sánchez-Caro J, Fernando Abellán F. La Historia Clínica. Ed Fundación Salud. Madrid. 2000
- 7) Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-14199> [Último acceso julio 2021]
- 8) Santiago-Sáez A, M.E. Albarrán-Juan ME, Dorado E. Manejo del alta voluntaria y del alta forzosa por el pediatra. An Pediatr Contin. 2009;7(4):243-6
- 9) Real Decreto 866/2001, de 20 de julio, por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-15347> [Último acceso junio 2021]
- 10) Carnicero, J.: De la Historia Clínica a la Historia de Salud Electrónica. V Informe Seis 2003. SEIS. 2003. Disponible en: <http://www.conganat.org/SEIS/informes/2003/> [Último acceso julio 2021]

- 11) Instituto de Información Sanitaria Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). - Sistema De Historia Clínica Digital del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en:
https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HCDSNS_Castellano.pdf [Último acceso junio de 2021]
- 12) Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-1235-consolidado.pdf> [Último acceso junio de 2021]
- 13) Gogorcena MA; Equipo de Trabajo RAE-CMBD-CIE10. La adopción de la normativa de codificación CIE-10-ES o cómo hacer de la necesidad virtud [The adoption of the ICD-10-ES codification rules or how to make of necessity a virtue]. Rev Calid Asist. 2017 Jan-Feb;32(1):1-5.
- 14) Sedman AB, Bahl V, Bunting E, Bandy K, Jones S, Nasr SZ, Schulz K, Campbell DA. Clinical redesign using all patient refined diagnosis related groups. Pediatrics. 2004; 114:965-9
- 15) Gardner E. NACHRI (National Association of Children's Hospitals and Related Institutions) creates pediatric DRGs. Mod Healthc.1988;18:8
- 16) Chero-Farro D, Cabanillas-Olivares A, Fernández-Mogollón J. Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención. Rev Calid Asist. 2017;32(2):115-116
- 17) Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Disponible en
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf> [último acceso agosto 2021]
- 18) Guía para pacientes y usuarios de la Sanidad. Agencia Española de Protección de Datos. 2019. Disponible en: <https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-12/guia-pacientes-usuarios-sanidad.pdf> [último acceso junio 2021]