

Manual CTO

Oposiciones de Enfermería

Comunidad
Autónoma
de la Islas Canarias



7 TEMA
AMPLIACIÓN

SISTEMA DE INFORMACIÓN UTILIZADO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA: HISTORIA CLÍNICA. INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA. CLASIFICACIONES INTERNACIONALES DE PROBLEMAS DE SALUD (CIAP-2, CIE-10 Y NANDA): CARACTERÍSTICAS GENERALES

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, su tratamiento informático, la transmisión de ningún otro formato o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro y otros medios, sin el permiso previo de los titulares del *copyright*.

© CTO EDITORIAL, S.L., 2012

C/ Francisco Silvela, 106; 28002 - Madrid

Tfno: 91 782 43 30 Fax: 91 782 43 43

E-mail: ctoeditorial@ctomedicina.com

Página Web: www.grupocto.es

ISBN de la Obra completa: 978-84-15865-81-0

Impreso en España - Printed in Spain

Índice

7.1.	SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA. DEFINICIÓN	1
7.1.1.	Etapas del diseño de un sistema de información sanitaria	1
7.1.2.	Fuentes de la información	2
7.2.	LA HISTORIA CLÍNICA	2
7.2.1.	Aspectos legislativos	2
7.2.2.	Tipos de historia clínica	2
7.2.3.	Contenido y soporte de la historia clínica	3
7.2.4.	Funciones de la historia clínica	3
7.2.5.	Conservación, acceso y propiedad	3
7.2.6.	Privacidad, confidencialidad	4
7.3.	REGISTROS ESPECÍFICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA	4
7.3.1.	Registros en Atención Primaria	4
7.3.2.	Registros en Atención Especializada	8
7.4.	CLASIFICACIONES INTERNACIONALES DE PROBLEMAS DE SALUD	11
7.4.1.	Clasificación internacional de enfermedades	11
7.4.2.	Índice alfabético de enfermedades	13
7.4.3.	Clasificación de procedimientos	13
7.4.4.	Clasificaciones Wonca. Clasificación de enfermedades propia de Atención Primaria	13
7.4.5.	Clasificación NANDA	15
	BIBLIOGRAFÍA	17

Manual CTO

Oposiciones de Enfermería

Comunidad
Autónoma
de la Islas Canarias



TEMA 7. SISTEMA DE INFORMACIÓN UTILIZADO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA: HISTORIA CLÍNICA. REGISTROS ESPECÍFICOS DE ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA. INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA

7.1. Sistema de información sanitaria. Definición. 7.2. La historia clínica. 7.3. Registros específicos en Atención Primaria y Atención Especializada. 7.4. Clasificaciones internacionales de problemas de salud

7.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA. DEFINICIÓN

Un **sistema de información sanitaria** se define como el conjunto de medios humanos y materiales interrelacionados que reciben datos, los transforman en información y los comunican para tomar decisiones.

Según la **OMS**, este concepto también se define como un “mecanismo para la recogida, procesado, análisis y transmisión de la información necesaria para organizar y hacer funcionar los servicios sanitarios, así como para la investigación y docencia” (OMS, 1973).

También es posible hablar de un sistema de información como un “instrumento para la recogida, el proceso, el análisis y la interpretación y transmisión de la información necesaria y válida para decidir sobre las actividades sanitarias: planificar, gestionar, evaluar e investigar.”

Como todo sistema está constituido por una serie de elementos, los que forman parte de un sistema de información sanitaria son los siguientes:

- **Estructurales:**
 - Datos.
 - Personal.
 - Soporte material.
- **Funcionales:**
 - Fuentes de datos.
 - Circuitos de comunicación.
 - Proceso de datos.
 - Unidades de gestión y control.

- **Orgánicos:** antes conocidos como estadísticas sanitarias, actualmente se llaman subsistemas de información sanitaria.

Todo registro suele tener **secuencia, estructura jerárquica y vinculación con otros registros:**

- La **secuencia** es la sucesión de anotaciones que integran los distintos eventos en el tiempo y en el espacio.
- La **estructura jerárquica** distingue la sucesión de anotaciones mediante un orden establecido entre las cosas.
- La **vinculación** enlaza un registro con otro, dando sentido al sistema de registros.

7.1.1. Etapas del diseño de un sistema de información sanitaria

Las etapas del diseño de un sistema de información sanitaria son las siguientes:

- **Definición del sistema:**
 - Elementos que lo componen.
 - Relaciones entre ellos.
 - Objetivos.
- **Identificación de niveles de decisión:**
 - Central
 - Provincial.
 - Distrito o zona básica de salud.
- **Identificación de tipos de decisión:**
 - Según la perspectiva de la función que cumplan.
 - Según el grado de estructuración.
- **Definición de las funciones de los elementos.**

7.1.2. Fuentes de la información

Las fuentes de información pueden ser de dos tipos:

- **Externas:**
 - **Demográficas:**
 - › Censo poblacional.
 - › Padrones municipales.
 - › Registros de nacimientos, defunciones y matrimonios.
 - **Otras** (servicios sociales personales, económicos, etc.).
- **Internas:**
 - Índices y registros diagnósticos.
 - Registros de unidades de Servicios.
 - Registros del hospital.
 - Registros de ambulatorios y consultorios.

La Atención Primaria de Salud y la Atención Especializada se desarrollan a lo largo del tiempo. **Para tener idea de lo sucedido durante cualquiera de los dos tipos de atención al paciente y facilitar el trabajo actual y el futuro, es imprescindible la existencia de registros o anotaciones.** Por otra parte, los registros deben de adaptarse al trabajo desarrollado en Atención Primaria y Especializada.

A cada actividad que se realiza tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada se les aplica un código. Estas codificaciones varían según el sistema de registro que se adopta desde la dirección del nivel asistencial correspondiente.

Los registros suponen las bases de los sistemas de información y de evaluación de los servicios. La misma presencia de los registros adecuados da fe de un nivel de calidad aceptable. Además, los registros sirven como instrumento necesario para el control y el conocimiento de los problemas de salud y de los factores de riesgo de la comunidad.

7.2. LA HISTORIA CLÍNICA

La **historia clínica** es el conjunto de documentos relativos al proceso de asistencia y estado de salud de una persona realizado por un profesional sanitario.

La **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 define la historia clínica en su articulado como: “el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informa-

ciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”.

Por tanto, es un conjunto dinámico en el sentido de experimentar un crecimiento a consecuencia de la asistencia que precise un usuario y el seguimiento que se le realice, independientemente de sus fines.

7.2.1. Aspectos legislativos

La historia clínica tiene una base legal muy importante. Esta base legal se fundamenta en las siguientes leyes y Reales Decretos:

- **Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril:** esta Ley reconoce el derecho del paciente a que quede constancia escrita de todo su proceso, en una historia clínica, así como a recibir un Informe de Alta. Dicha historia clínica se debe identificar con un número único que permita su rápida recuperación. Ha de estar además en un archivo central y no debe ser sacada del centro hospitalario.
- **RD 63/1995, BOE 10/02/1995:** recoge el derecho del paciente, a petición propia, a un ejemplar de su historia clínica o al acceso a determinados datos contenidos en la misma. El acceso a la historia sin autorización viene tipificado como delito en el Código Penal (artículo 292).
- **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.**
- **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:** es una ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Se actualizan los derechos y obligaciones de los pacientes o usuarios y profesionales, entre ellos los relativos a la historia clínica.

7.2.2. Tipos de historia clínica

Las historias clínicas se pueden clasificar en los siguientes tipos:

- **Tradicional:** sigue un registro secuencial de las situaciones por las que pasa el usuario en su contacto con el servicio de salud. Los datos son recogidos de forma cronológica.
- **Orientada a problemas:** se centra en los problemas, normalmente priorizándolos y haciendo un posterior seguimiento individual de cada uno de ellos.
- **Por episodios:** en ella, cada ingreso o cada comienzo de una nueva situación supone el inicio de un nuevo registro. Requiere una buena capacidad de síntesis de la información.

7.2.3. Contenido y soporte de la historia clínica

La **función de la historia clínica** es la de: *facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.*

Los aspectos relacionados con la asistencia directa del paciente serán cumplimentados por los profesionales que la realicen. El transcurso de cada proceso asistencial va permitiendo la elaboración de la historia clínica. Así pues, cualquier información incorporada a la historia clínica deberá ser fechada y firmada de forma que se identifique claramente al personal que la ha llevado a cabo.

Las historias clínicas han de ser claramente legibles, evitándose, en la medida de lo posible, la utilización de símbolos y de abreviaturas, y estarán normalizadas en cuanto a su estructura lógica, de conformidad con lo que se disponga reglamentariamente.

Los documentos incluidos en la historia clínica pueden tener los siguientes soportes:

- Papel escrito.
- Registros gráficos.
- Estudios radiológicos.
- Fotografía.
- Vídeo.
- Soporte informático.

La identificación de la historia clínica con un número único permite su clasificación en un archivo o en un archivo central, a cargo de los servicios de documentación.

7.2.4. Funciones de la historia clínica

La función principal de la historia clínica es la puramente **clínico-asistencial** y deriva del motivo por el que se genera, que es la necesidad de tener agrupada toda la información sobre una persona, necesaria para el tratamiento o la prevención de una enfermedad.

Otras actividades que se llevan a cabo tomando como base la historia clínica son las siguientes:

- **Docente.**
- **Investigación clínica:** los diferentes estudios clínicos están basados en la información recogida en la historia clínica. Es necesaria la autorización del paciente en su caso y la constancia documental en la propia historia.
- **Judicial:** a veces tanto el mismo proceso patológico como la actividad asistencial por él generada requieren la inter-

vencción judicial, siendo la historia clínica el elemento básico de investigación.

- **Epidemiológica.**
- **Control de calidad:** el análisis de la actividad asistencial y la propuesta de mejora en la misma nacen del estudio del grado de cumplimiento de objetivos reflejado en la historia clínica.
- **Gestión y administración:** el uso de la historia clínica por el personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo será de los datos relacionados con sus propias funciones

7.2.5. Conservación, acceso y propiedad

En cuanto a la conservación, el acceso y la propiedad de la historia clínica, es fundamental resaltar los siguientes aspectos:

- **Conservación:** el principal objetivo de la conservación de la historia clínica es poder disponer de la información contenida en la misma para posteriores consultas o procesos asistenciales. Por ello, *los centros sanitarios tienen la obligación de conservarla garantizando su mantenimiento y seguridad.*

Otros motivos de conservación son a efectos judiciales, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación, de organización y de funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y como fondo histórico documental.

- **Acceso:** estará a disposición del personal que directamente esté implicado en la asistencia del paciente a efectos del desempeño de sus funciones. El acceso por otras personas distintas al paciente a la información contenida en la historia clínica habrá de estar justificado por la atención sanitaria de éste.

El paciente tendrá derecho a la obtención de los informes y de los resultados de las exploraciones que sobre su estado de salud o enfermedad se incluyan en la historia clínica. El derecho de acceso conllevará el de la obtención de copias de los mencionados documentos.

En los supuestos de procedimientos administrativos de exigencia de responsabilidad patrimonial o en las denuncias previas a la formalización de un litigio sobre la asistencia sanitaria se permitirá que el paciente tenga acceso directo a la historia clínica, en la forma y con los requisitos que se regulen legal o reglamentariamente.

También tendrán acceso a la historia clínica los órganos competentes para tramitar y resolver los procedimientos

de responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de la Administración sanitaria, así como la inspección sanitaria en el ejercicio de sus funciones.

El acceso a la historia clínica nunca será en perjuicio del derecho de terceros a la confidencialidad de sus datos si figuran en dicha documentación y así consta, ni del derecho de los profesionales que intervinieron en su elaboración si invocan la reserva de sus observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas.

Se permitirá el acceso a las historias clínicas para la obtención de *información estadística sanitaria, para las actividades relacionadas con el control y la evaluación de la calidad de la asistencia prestada, las encuestas oficiales, los programas oficiales de docencia e investigación o a requerimiento de la autoridad judicial.*

Cualesquiera otras razones de carácter excepcional deberán responder a un interés legítimo susceptible de protección y estar convenientemente motivadas.

En todos los casos quedará plenamente garantizado el derecho del paciente a **su intimidad personal y familiar**, por lo que el personal **que acceda a esta información guardará el correspondiente secreto profesional.**

- **Propiedad:** las historias clínicas son documentos confidenciales propiedad de la *Administración sanitaria o entidad titular del centro sanitario cuando el médico trabaje por cuenta y bajo la dependencia de una institución sanitaria. En caso contrario, la propiedad corresponde al médico que realiza la atención sanitaria.*

La entidad o facultativo propietario es responsable de la custodia de las historias clínicas y habrá de adoptar todas las medidas precisas para garantizar la confidencialidad de los datos o de la información contenida en las mismas.

7.2.6. Privacidad, confidencialidad

La Ley General de Sanidad, en su artículo 10, establece *"el respeto a la intimidad y confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso asistencial"*.

La Ley 41/2002, en los Principios Generales, artículo 2: Principios Básicos, establece: *"la persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida"*; y en su artículo 7: *"el derecho de toda persona a que se respete 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". Del mismo modo, indica que los centros sanitarios garantizarán esos derechos mediante normas y procedimientos protocolizados.

El Código Penal fija en su artículo 197 las penas en caso de revelación de secreto profesional.

7.3.

REGISTROS ESPECÍFICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Los registros específicos en Atención Primaria y Atención Especializada son los que se explican a continuación.

7.3.1. Registros en Atención Primaria

La historia clínica en Atención Primaria

La historia clínica en Atención Primaria también se conoce como historia de salud de Atención Primaria (HSAP). Contiene los dos tipos de documentos siguientes:

- **Documentos básicos:** son el sobre, la carpeta, la historia sanitaria, la lista de problemas y la hoja de evolución.
- **Documentos complementarios:** sólo se cumplimentan cuando son necesarios, como las hojas de interconsulta, las pruebas complementarias, etc.

Hasta hoy la mayoría de los centros de Atención Primaria manejan el programa OMI-AP con los datos del paciente, en el que se realiza un registro por episodios de los datos del mismo.

Para conseguir el objetivo de la Atención Primaria, el proveedor debe tener información acerca de los individuos y de la comunidad. La **historia clínica** es *el registro escrito de los datos sociales y de salud de un paciente obtenidos directa o indirectamente y constantemente puestos al día.* El **objetivo de la historia** es el de *facilitar la atención sanitaria del paciente individual. Además permite la obtención de información sanitaria* (cuantifica la incidencia y la prevalencia de las enfermedades, haciendo posible formular y contrastar hipótesis sobre factores que la condicionen), **la evaluación** (fundamentalmente de proceso, pero también de estructura y de resultado) aporta los elementos necesarios para programar acciones de salud, orientar la asignación de recursos humanos y materiales así como planificar políticas de salud, **la investigación clínica y epidemiológica.** Tal como ya se ha comentado, es un documento con validez médico-legal.

A. Datos que contiene la historia clínica de AP

Los datos que contiene la historia clínica en Atención Primaria son los siguientes:

- **Información del área administrativa:**
 - **Datos de identificación:**
 - › Nombre y apellidos.
 - › Dirección postal.
 - › Teléfono.
 - › Fecha y lugar de nacimiento.
 - › Sexo.
 - › Número de la Seguridad Social.
 - **Otros datos:**
 - › Situación familiar.
 - › Situación laboral.
 - › Estudios.
 - › Otros.
- **Información del estado de salud:**
 - **Actividades preventivas y vacunaciones previas.**
 - **Hábitos de vida.**
 - **Enfermedades previas.**
 - **Notas de cada visita.**
 - **Otros.**
 - **Datos indirectos:**
 - › Resultados de laboratorio.
 - › Pruebas radiológicas.
 - › Informes de especialista.
 - › Registros gráficos.
 - › Otros.
- **Documentación básica de una historia clínica:**
 - **Adulto:**
 - › Hoja de historia clínica.
 - › Hoja de seguimiento.
 - › Carpeta con datos administrativos.
 - **Niño:**
 - › Hoja de historia clínica.
 - › Gráficas de desarrollo.
 - › Hoja de seguimiento.
- **Documentación complementaria:**
 - **Hojas de protocolo de programas.**
 - **Informes de interconsulta.**
 - **Informes hospitalarios, etc.**

Esta información se recoge en una carpeta donde aparece:

- **En el anverso:**
 - Número de historia familiar.
 - Fecha de apertura de historia.
 - Apellido y nombre del cabeza de familia.
 - Apellido y nombre del cónyuge.

- Domicilio.
- Teléfono.
- Nombre del médico, de la enfermera y del trabajador social.
- Nombre del centro de salud.

- **En el reverso:**
 - Composición del grupo familiar.
 - Características de la vivienda.
 - Datos ambientales.
 - Observaciones.

B. Tipos de historia clínica en AP

Los tipos de historia clínica en Atención Primaria son los siguientes: individual y familiar.

1. Historia individual

La principal ventaja es su facilidad de archivo y de manejo. Puede archivar por apellidos y nombre, fecha de nacimiento, número correlativo, etc., sin que ocasione problemas de identificación. Aunque por su manejabilidad es posible su archivo en consulta, no es recomendable por la dificultad de accesibilidad al resto del equipo de Atención Primaria.

El díptico de la historia individual incluye:

- **Código de la historia individual:** compuesto por ocho dígitos:
 - Dos últimas cifras del año de nacimiento.
 - Mes de nacimiento.
 - Día de nacimiento.
 - Iniciales de los dos apellidos.
- **Datos de la historia sociolaboral:**
 - Actual: nombre de la empresa, profesión y mutuas de accidentes.
 - Anteriores: trabajos previos en ambientes nocivos; si es estudiante o ama de casa.
- **Antecedentes familiares:** referidos a padres, hermanos, etcétera, sobre todo los referidos a IAM, ACV, HTA, diabetes, dislipemia, cáncer, enfermedad renal.
- **Alergias medicamentosas:** en positivo o en negativo, subrayar con rotuladores fluorescentes y ponerlo también en la hoja de seguimiento.
- **Antecedentes personales:** deben figurar en positivo o en negativo para que conste si se le ha preguntado al paciente como mínimo los referidos a HTA, diabetes e Intervenciones quirúrgicas.

En caso de mujer, se deben añadir los siguientes antecedentes:

- Menarquia.
- Tipo de regla.

- Historia obstétrica: abortos, embarazos, partos prematuros.
- Menopausia.
- Cirugía ginecológica (legrados, histerectomía).
- Anticonceptivos (especificar métodos).
- **Hábitos tóxicos:**
 - Tabaco en positivo o en negativo.
 - Edad de inicio expresando el número de paquetes/año.
 - Alcohol en positivo o en negativo.
 - Calculada la cantidad en gramos de etanol.
 - Otras drogas.
 - Tipo y forma de consumo.
 - Años de consumo.
- **Ejercicio físico tipo.**
- **Resumen de problemas:** anotar si proceden los problemas de salud más importantes, sobre todo los que se contemplan en el listado de patologías crónicas.
- **Otros datos de interés** (genograma).
- **Tablas accesorias.**
- **Monitorización de actividades preventivas.**
- **Hoja de seguimiento:**
 - **En el encabezamiento:**
 - › Nombre y apellidos.
 - › Número de historia individual y familiar.
 - › Alergias medicamentosas si existen.
 - **En el margen izquierdo:**
 - › Toma de constantes vitales.
 - **En el margen derecho:**
 - › Medicación crónica que toma, con nombre y dosis.

La hoja de seguimiento clínico es utilizada tanto por la enfermera como por el médico. Cuando uno de los pacientes acude a consulta y se le quiere incluir en alguno de los protocolos tanto de prevención como de crónicos, se añade la hoja del protocolo correspondiente rellenándola adecuadamente. Estas hojas de protocolo pueden ser elaboradas por el equipo de salud o por un equipo de la zona básica para todos los centros de área con la finalidad de mejorar la calidad asistencial y tener una mejor información de la prevención o tratamiento que se lleva a cabo en cada paciente.

2. Historia familiar

Tiene la ventaja de reunir en una sola carpeta a todos los convivientes, pero presenta el problema de complicar el sistema de archivo; a pesar de esto se la utiliza en APS por los siguientes motivos:

- La historia clínica familiar es un documento único para todo el equipo que facilita el registro de todas las infor-

maciones y la circulación de la misma entre todos los profesionales del centro.

- Permite realizar una atención integral, es decir, contempla todos los aspectos biopsicosociales de la enfermedad y su influencia en el resto de la unidad familiar.
- Permite conocer la interrelación entre los distintos miembros de la familia.
- Este modelo consigue una rápida comprensión de los problemas individuales a través de la relación que ésta tiene con la unidad familiar.

C. Archivo de la historia clínica

El archivo de la historia clínica en Atención Primaria se puede llevar a cabo de la siguiente manera:

- **Por orden alfabético:**
 - **Ventajas:** sólo es útil en el medio rural con poca densidad de población.
- **Por orden de apertura:**
 - **Ventajas:** rápida manipulación del archivo.
 - **Inconvenientes:** necesita un fichero accesorio por orden alfabético que dé seguridad al archivo.
- **Por orden numérico** (según la clave de la fecha de nacimiento):
 - **Ventajas:** rápida manipulación del archivo y facilidad de recuerdo del número para el paciente.
 - **Inconvenientes:** necesita un fichero adicional. Además pueden existir alteraciones de las fechas de nacimiento de algunos pacientes.

Con la entrada de los sistemas **informáticos el mejor método es por orden de apertura**. Además de llevar un fichero adicional, en la base de datos se anota el número de la historia personal.

La utilización de la historia clínica debe restringirse al centro de salud, pudiendo ser empleada por todos los profesionales pero con la máxima garantía de confidencialidad.

Otros sistemas de registro en Atención Primaria

En Atención Primaria, también se realiza registro de:

- **Actividad:** que proporciona información sobre la demanda asistencial, la utilización de los recursos y la cantidad de servicios prestados.
- **De morbilidad:** es el registro de consultas.
- **De población adscrita.**
- **Específicos:** con datos sobre vacunaciones, revisiones, programas, etc.

Bajo el concepto de **sistemas de registro** se hace referencia al *conjunto de mecanismos por los que se recogen y analizan los datos generados por la actividad asistencial del*

equipo de Atención Primaria (EAP), de una forma preestablecida y uniforme. El hecho de identificar los sistemas de registro con un subsistema de información permite establecer con claridad tres características básicas:

- El sistema de registro debe dar respuesta a unas necesidades específicas de información.
- Los componentes que lo definen son la recopilación, el proceso, el análisis y la transmisión de la información.
- Su finalidad es mejorar o posibilitar la intervención y la toma de decisiones.

En los últimos años se han desarrollado diversas propuestas de sistemas de registro, en las que pueden caracterizarse cuatro **elementos del sistema de registro** que son los siguientes:

- **Registro de actividades.**
- **Registro de morbilidad o registro de consultas.**
- **Registros por edad y sexo, o registro de la población adscrita.**
- **Registros específicos:** de vacunaciones, de diagnósticos, etcétera.

Todos ellos son registros institucionales, esto es, centrados en las actividades y usuarios del centro de salud. Tendrán, por tanto, las limitaciones inherentes a este tipo de registros que dejan fuera la información referente a la población no consultante. Sin embargo, adecuadamente utilizados, pueden proporcionar información muy útil para:

- Conocer las actividades desarrolladas y la utilización de los recursos disponibles.
- Saber las características de la demanda asistencial.
- Identificar los grupos de población y/o de pacientes que sean susceptibles de algún tipo de intervención sanitaria.
- Contribuir a la identificación de necesidades y problemas de salud de la población asignada.

A. Registro de actividades

El conocimiento y la distribución de las actividades del equipo de Atención Primaria es imprescindible. Los objetivos que se cubren con este registro son los siguientes:

- Cuantificar la demanda asistencial.
- Valorar los servicios prestados y ordenados.
- Elaborar indicadores de rendimiento y de utilización de los recursos asistenciales disponibles.
- Conocer las actividades de cada equipo y poder, en función de ellas, realizar una adecuada planificación.
- Servir de base para la evaluación de la calidad asistencial.
- Ser útil para la cumplimentación de las estadísticas que oficialmente puedan ser requeridas.

El primer paso para establecer este registro es definir claramente los productos o las actividades que se desea

monitorizar. Los indicadores que pueden elaborarse a partir de los datos de este registro son de dos tipos: de rendimiento y de utilización.

- Los **indicadores de rendimiento:** se obtienen bien al relacionar datos de actividad con otros datos de estructura (media diaria de visitas a domicilio, etc.) o bien al relacionar la actividad real con la posible o esperada.
- Los **indicadores de utilización** pueden ser de dos tipos:
 - Aquéllos que **relacionan datos de actividad con datos de población-tiempo:** los más utilizados son:
 - › Número de consultas por habitante y año.
 - › Número de visitas domiciliarias por habitante y año.
 - › Número de pruebas complementarias por habitante y año.
 - Los que **relacionan entre sí datos de actividad:**
 - › Número total de pruebas complementarias realizadas/número total de consultas.

1. Registro de actividades de enfermería en Atención Primaria

En el caso de la Atención Primaria, este registro se basa en el registro diario de las consultas de enfermería que se atienden en el centro de salud, tanto dentro de la consulta como en el domicilio de los pacientes, con la finalidad de conocer en un periodo de tiempo dado la morbilidad que ha generado la demanda, así como la forma en que dicha demanda ha sido atendida.

B. Registro de morbilidad

Este registro es considerado como uno de los registros básicos para la Atención Primaria; es además uno de los medios más completos para conocer los problemas de salud de nuestra población, junto con otras fuentes de información como exámenes de salud, EDO, registro de hospitales...

Este registro, además de potenciar la utilización de un sistema común de identificación de los problemas, permite un conocimiento de la incidencia y de la prevalencia de los problemas de salud de la población.

El registro se basa en una serie de variables preestablecidas en relación con la consulta o la visita médica, de enfermería y del trabajador social. Los objetivos que se pretende cubrir con este registro son los siguientes:

- Conocer los distintos tipos de demanda asistencial y de utilización de los servicios de salud.
- Saber la morbilidad o los problemas de salud que han generado la demanda asistencial.
- Conocer las actividades desarrolladas para atender dicha demanda.
- Correlacionar entre sí estos distintos tipos de información.

Para cada episodio de atención se registra una serie de datos que pueden agruparse en cinco apartados:

- **Datos de identificación:** fecha, número de orden del problema, número de historia.
- **Datos sociodemográficos:** edad y sexo.
- **Tipificación de la visita** en función del lugar donde se realiza (en el centro o en el domicilio), la iniciativa de la demanda (concertada o no concertada), el motivo de consulta (patología, trámites administrativos, recetas), el tipo de visita (primera o sucesiva por el mismo problema).
- **Problemas de salud identificada o diagnosticado** en relación con el motivo de consulta, según la CIAP.
- **Actuación:** servicios prestados u ordenados en relación con el motivo de consulta (pruebas diagnósticas, derivaciones asistenciales, recetas prescritas).

El soporte para la recogida de datos son unas hojas impresas, correspondiendo una línea para cada motivo de consulta.

C. Registro por edad y sexo

La edad y el sexo son, quizá, los factores que más influyen y justifican los problemas de salud que existen en una comunidad. Cualquier programa o actividad que se quiera llevar a cabo tendrá que tener en cuenta o basarse en estos dos parámetros. Es el elemento del sistema de registro con una proyección poblacional.

El objetivo fundamental es conocer los datos de filiación y las características de edad y de sexo de la población asignada al EAP para captar los grupos de población susceptibles de intervención.

El soporte para la recogida de datos son unas fichas en las que constan los datos de filiación del paciente y una serie de casillas que permiten codificar varios problemas y/o programas de salud. *Estas fichas tienen un color distinto para cada sexo y se archivan separadamente, ordenándolas según la fecha de nacimiento; las casillas de codificación, mediante un código de colores y oportunas pestañas de señalización, permiten identificar grupos de pacientes según problemas o programas de salud previamente seleccionados.*

En la ficha pueden consignarse datos diversos, pero, para un fichero manual, deben reducirse a los siguientes:

- Nombre y apellidos
- Domicilio y teléfono.
- Fecha y fecha de nacimiento.
- Número de historia y número de la Seguridad Social.
- Nombre o clave del médico asignado.

En el reverso de la ficha pueden dejarse espacios en blanco para posibles cambios de domicilio o para explicar

algunos de los problemas o programas de salud codificados. Los problemas de salud a codificar vendrán determinados por la propia actividad y por los objetivos asistenciales del equipo. Como criterios de inclusión pueden valorarse los siguientes:

- Problemas de salud sobre los que el equipo esté interviniendo o tenga previsto hacerlo de una manera específica.
- Problemas de salud que requieran una terapia de mantenimiento o un control a largo plazo.
- Problemas de salud cuyo seguimiento tenga interés epidemiológico.
- Problemas de salud y/o protocolos de actuación iniciados por el equipo.

Las posibilidades de almacenar y de extraer información del registro por edad y sexo se multiplican si éste está informatizado; esta información abre un amplio abanico de posibilidades, ya que, con un coste adicional muy bajo, pueden incluirse en el fichero más datos, tanto sobre las características sociodemográficas de los usuarios, como sobre los problemas de salud y los factores de riesgo.

D. Registros específicos

Bajo este epígrafe se incluyen una serie de registros cuya necesidad obedece a requerimientos específicos de información que no pueden obtenerse con los elementos hasta ahora considerados.

7.3.2. Registros en Atención Especializada

La historia clínica en Atención Especializada

También se puede llamar historia clínica hospitalaria. Recoge las informaciones generadas en cada episodio hospitalario; para ello, **los contenidos mínimos** de la historia clínica que define la Ley son los siguientes:

- La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- La autorización de ingreso.*
- El informe de urgencias.*
- La anamnesis y la exploración física.
- La evolución.
- Las órdenes médicas.
- La hoja de interconsulta.
- Los informes de exploraciones complementarias.
- El consentimiento informado.*
- El informe de anestesia.*
- El informe de quirófano o de registro del parto.*
- El informe de anatomía patológica.*
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- La aplicación terapéutica de enfermería.

* Sólo exigibles en historias de hospitalización

- El gráfico de constantes.*²
- El informe clínico de alta.*

Dentro del hospital, existe una serie de hojas propias de la enfermería o que este personal se debe encargar de rellenar. Éstas son las siguientes:

- Hoja de valoración inicial.
- Hoja de evolución y tratamiento.
- Hojas de planes de cuidados.
- Gráfica de constantes, con :
 - Temperatura: normalmente en color rojo.
 - Frecuencia cardíaca: color azul
 - Tensión arterial: color verde.
 - Frecuencia respiratoria: color negro.
- Informe de enfermería al alta.

A. Documentos clínicos de uso hospitalario

Los documentos clínicos de uso hospitalario son los siguientes:

- **Hoja de ingreso:** es cumplimentada por el personal administrativo. Incluye datos de filiación del paciente, teléfono de contacto con familiares directos, servicio en el que ingresa, habitación y motivo de ingreso (diagnóstico probable).
- **Informe médico de urgencias:** recoge los resultados del interrogatorio, exploraciones y pruebas complementarias y realizadas en el servicio de urgencia a la llegada al hospital, así como la impresión diagnóstica.
- **Hoja de enfermería de urgencias:** en ella se plasman las atenciones de enfermería que se prestaron al paciente en el servicio de urgencias, así como la evolución en los cuidados de enfermería en el caso de que estuviera horas en este servicio.
- **Hoja de evolución médica:** en la que cada médico anota, durante la estancia del paciente en el hospital, sus reflexiones acerca de la evolución del paciente, las pruebas a realizar, las alternativas de tratamiento, etc.
- **Orden de tratamiento:** se actualiza a diario. Incluye los tratamientos prescritos por los facultativos: dosis, frecuencia de administración y tiempo de duración. Según sea la evolución del paciente, será necesario cambiar los tratamientos o no, de ahí que sea preciso que este documento se actualice a diario.
- **Hoja de valoración del paciente:** tiene dos partes: la recogida de datos y el registro de los mismos. Se debe de realizar en las 24 h primeras del ingreso.
- **Hoja de evolución de enfermería:** se constata la evolución experimentada por el paciente sobre la base de los cuidados de enfermería realizados. Debe de ser cumplimentada en orden cronológico, anotándose la fecha y la hora del registro realizado. Es importante apuntar las incidencias en cada turno, recogiendo la respuesta del paciente ante los cuidados dispensados por el equi-

po de enfermería. Además hay que dejar constancia de la posible aparición de complicaciones derivadas de su proceso patológico, así como de aquellas actividades o técnicas no rutinarias que hayan tenido lugar. Los distintos registros tienen de estar firmados por la persona que realice la actividad u observación y con letra legible.

- **Gráfica de constantes vitales:** cada día se representa, generalmente, dividido en tres columnas que corresponden a los turnos de mañana, tarde y noche. En cada casilla se registrarán las primeras constantes tomadas en el turno:
 - › **Temperatura:** el símbolo de registro es un punto rojo. El primer día es un punto rojo y los días sucesivos se unirá a la toma anterior con una línea.
 - › **Presión arterial:** el color usado para representar la presión arterial es el verde. Se marcará la medición con una punta de flecha hacia arriba, en el caso de la presión sistólica y hacia abajo, si se trata de la presión diastólica. Ambas puntas de flecha se unirán con una recta.
 - › **Pulso:** el símbolo de registro es un punto habitualmente en azul, uniéndose éste con aquellos registrados en los días previos.
 - › **Respiración:** en este caso se representa por un punto habitualmente en color negro. Se procederá a unir dicho punto con los registrados en los días previos.
- **Gráfica de balance hídrico:** donde se anotarán los aportes de líquidos (vía oral, parenteral..., ingresados en 24 h, en ml) y la pérdida de los mismos (vía urinaria, digestiva, respiratoria..., acontecida en las últimas 24 h, en ml).
- **Impresos de autorización:** ante la necesidad de realizar una prueba complementaria o un tratamiento que entrañe riesgo para la vida del paciente, es necesario informarle a él o a los responsables familiares en caso de menores, estados de coma, etc., mediante un documento escrito que debe firmar a modo de autorización en caso de que esté de acuerdo.
- **Hojas operatorias:** de las que hay tres tipos diferentes:
 - **Hoja de intervención quirúrgica:** la cumplimenta el cirujano responsable de la intervención y registra en ella el diagnóstico, el tipo de cirugía a realizar, la técnica operatoria, la duración de la intervención, la toma de muestras para anatomía patológica, la colocación de prótesis y su tipo, etc.
 - **Hoja de anestesia:** es rellenada por el médico anestesista. En ella se anotan los anestésicos utilizados, sus dosis y tiempo de administración, la gráfica de constantes vitales, el balance hídrico y cuantos problemas surjan en relación a la anestesia.
 - **Hoja de enfermería:** es cumplimentada por la enfermera encargada de quirófano y en ella se hacen constar las peticiones al banco de sangre, a radiodiagnóstico, los envíos a anatomía patológica, etc.

* Sólo exigibles en historias de hospitalización

- **Informe clínico de alta:** lo redacta y lo firma el médico del servicio encargado del paciente. Es una especie de resumen de su historia clínica en la que se recogen los antecedentes personales y familiares, motivo de ingreso, diagnóstico, tratamientos médicos y quirúrgicos aplicados, y recomendaciones terapéuticas para el médico de familia.
- **Impreso de alta voluntaria:** igual que en el caso anterior, lo cumplimenta el médico encargado del paciente. Se hace a petición del propio paciente y debe ser firmado por él o por quien lo represente.

Todos los registros pueden cumplimentarse en bolígrafo azul o negro, excepto la gráfica de constantes vitales.

B. Elementos de documentación básica de la historia clínica hospitalaria

Los elementos de documentación básica de la historia clínica hospitalaria son los que se relacionan a continuación:

- **Carpeta con datos administrativos:** la información que se recoge en esta carpeta es la siguiente:
 - En la **cara exterior:**
 - › Número de historia.
 - › Número de cama.
 - › Nombre y apellidos.
 - › Servicio al que está adscrito.
 - › Fecha del ingreso.
 - › Edad.
 - En el **interior:**
 - › Orden de las hojas de la historia clínica en el momento del alta.
 - › Número de estudios radiológicos que se entregan para archivo.
 - › Claves de cada servicio.
- **Documentación de la historia clínica:**
 - Órdenes terapéuticas.
 - Gráfica diaria.
 - Observaciones de enfermería.
 - Valoración del paciente al ingreso.
 - Historia clínica y exploración física.
 - Curso clínico.
 - Listado de problemas.
 - Informe de analítica.
 - Petición de estudios complementarios.
 - Hoja clínico-estadística.
 - Al alta del paciente:
 - › Informe de enfermería.
 - › Informe médico.

Otros sistemas de registro

Se trata del **Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB)** que, a propuesta del Consejo Interterritorial de Salud, reco-

ge datos administrativos, clínicos y demográficos con un total de 14 ítems. Se completan en el momento del alta. Son los siguientes:

1. Identificación del hospital.
2. Identificación del paciente.
3. Fecha de nacimiento.
4. Sexo.
5. Residencia.
6. Financiación.
7. Fecha de ingreso.
8. Motivo de ingreso.
9. Diagnóstico principal y diagnósticos secundarios.
10. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos.
11. Otros procedimientos.
12. Fecha de alta.
13. Circunstancias de alta.
14. Médico responsable del alta.

Informe de enfermería al alta

El informe de enfermería al alta es un importante documento de la actividad enfermera, ya que supone la recogida resumida y estructurada de información acerca de las circunstancias en las que se ha desarrollado el cuidado. Puede ser el vehículo que sirva para evaluar los cuidados enfermeros prestados y permitir la continuidad de los mismos. Este informe debe integrar cuidados dirigidos al paciente, familia (o bien cuidador informal o su red de apoyo), si queremos lograr unos cuidados domiciliarios óptimos.

El informe de enfermería debe incluir los siguientes aspectos:

- El motivo de ingreso y el diagnóstico médico.
- Los diagnósticos de enfermería y los problemas de colaboración detectados.
- Los cuidados realizados.
- La evolución de los problemas.
- Los cuidados a seguir.
- Si el paciente ha sido incluido en un programa de educación sanitaria, se consignarán los datos relativos a su participación en dicho programa.

Por tanto, el informe de enfermería posee una **triple función:**

- Dejar constancia de la **actividad enfermera.**
- Ayudar al paciente a **continuar con los cuidados** pautados.
- Servir de **vehículo de comunicación con la Atención Primaria.** Permite la continuidad de los cuidados y la coordinación entre los niveles sanitarios.

El informe de enfermería al alta no debe ser una copia del alta médica o del informe del médico encargado, sino que en él han de complementarse y ofrecer aspectos dife-

rentes de la hospitalización del paciente, poniéndose así de manifiesto la autonomía de dos profesiones que trabajan desde la interdisciplinariedad.

Se deben **realizar tres copias**, una que quedará en la historia clínica hospitalaria, otra que será para el paciente y la última que se remitirá a la enfermera del centro de salud al que esté adscrito el paciente.

7.4.

CLASIFICACIONES INTERNACIONALES DE PROBLEMAS DE SALUD

Una **clasificación de enfermedades** se define como *un sistema de categorías a las cuales se les asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos*.

Su **propósito** es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en distintas épocas.

Su **utilidad** es convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.

En la práctica se ha convertido en una clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud.

7.4.1. Clasificación internacional de enfermedades

La clasificación internacional de enfermedades (CIE) no es un instrumento adecuado para indagar entidades clínicas individuales y sí lo es para clasificar enfermedades y otros tipos de problemas de salud, consignados en distintos tipos de registros vitales y de salud.

Estructura básica de la CIE 10.^a revisión

La CIE. es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema debe servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos. Este patrón puede ser identificado en los capítulos de la CIE y hasta el momento es considerado como la estructura más útil que cualquiera de las alternativas que se han probado.

Emplea un código alfanumérico, con una letra en primera posición y números en la segunda, tercera y cuarta

posición; el cuarto carácter sigue a un punto decimal, los códigos posibles van, por tanto, de **A00.0 a Z99.9**.

Los primeros intentos de clasificar enfermedades se remontan al siglo XVIII. En 1855 se presentó una primera clasificación de defunciones que tuvo aceptación general, que supuso la base para otra presentada en 1893 que tuvo una aceptación progresiva. Desde 1900 se hacen revisiones de esta clasificación siendo la OMS el organismo responsable de las mismas desde 1948.

Así pues, la CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud. Se utiliza de manera internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y los soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la *WHO Family of International Classifications (WHO-FIC)* (Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS).

La lista CIE-10 tiene su origen en la *Lista de causas de muerte*, cuya primera edición publicó el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948 (tal como ya se ha explicado), en la sexta edición, la primera en incluir también causas de morbilidad. A la fecha, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella.

En esta sexta revisión, la clasificación incluyó una lista de morbilidad que constituyó, a partir de ese momento, la clasificación internacional de las enfermedades. Continúan las revisiones, con una periodicidad de diez años, hasta 1977 en que la OMS publica su novena revisión, que será la primera traducida al castellano en 1978.

La CIE-9 fue revisada y modificada en 1978 por la Comisión de Actividades Profesionales y Hospitalarias de los Estados Unidos, dotándola de un mayor carácter clínico al añadirle una clasificación y codificación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, lo que la convirtió en un instrumento de utilidad en la práctica diaria hospitalaria. Nace así la denominada Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica (CIE-9-MC).

Esta Modificación Clínica de la 9.^a revisión de la OMS ha servido, desde entonces, como clasificación de referencia utilizada en la inmensa mayoría de los hospitales de Europa y de EE.UU.

La CIE-10 se desarrolló en 1992 y su propósito fue rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años.

La **CIE-10** (clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud) contiene 510 enfermedades.

También está publicado en castellano, en el año 1995. El propósito de esta clasificación es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en distintas épocas.

Aunque la clasificación puede tener aplicaciones diversas, no permite siempre la inclusión de suficientes detalles útiles para algunas especialidades, por lo que se ha propuesto la idea de una familia de clasificaciones de enfermedades.

Tiene un índice tabular, por categorías, con secciones. Cada categoría presenta distintas subcategorías. En la Tabla 5.1. quedan reflejadas las citadas categorías.

Como ya se ha comentado, dentro de cada categoría existen diversas subcategorías. Por ejemplo, en la categoría I, Enfermedades infecciosas y parasitarias, figuran las subcategorías que se reflejan en la Tabla 5.2.

A00	Cólera
A000	Cólera debido a <i>Vibrio Cholerae</i> o1, biotipo cholerae
A001	Cólera debido a <i>Vibrio Cholerae</i> o1, biotipo el tor
A009	Cólera, no especificado
A01	Fiebres tifoidea y paratifoidea
A010	Fiebre tifoidea
A011	Fiebre paratifoidea A
A012	Fiebre paratifoidea B
A013	Fiebre paratifoidea C
A014	Fiebre paratifoidea, no especificada
A02	Otras infecciones debidas a <i>salmonella</i>
A020	Enteritis debida a <i>salmonella</i>
A021	Septicemia debida a <i>salmonella</i>
A022	Infecciones localizadas debidas a <i>salmonella</i>
A028	Otras infecciones especificadas como debidas a <i>salmonella</i>
A029	Infecciones debida a <i>salmonella</i> , no especificada
Tabla 5.2. Ejemplo de subcategorías	

Y así hasta completar la subcategoría B99. A partir de ese punto, comenzaría la categoría II, Tumores (Neoplasias), que incluye las subcategorías desde C00 hasta D48.

CAPÍTULO	CÓDIGOS	TÍTULO
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
II	C00-D48	Neoplasias
III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
V	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio
X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio
XI	K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo
XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
XIV	N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario
XV	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio
XVI	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
XVII	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
XVIII	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
XX	V01-Y98	Causas extremas de morbilidad y de mortalidad
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud
XXII	U00-U99	Códigos para situaciones especiales
Tabla 5.1. Lista de códigos de la CIE-10		

La aplicación *eCIEmaps* del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España combina los recursos de terminología y clasificación de CIE-9-MC y CIE-10. Proporciona acceso a los índices alfabéticos, listas tabulares, clasificaciones suplementarias, apéndices y manuales de normativa.

Cuenta con una modalidad de búsqueda avanzada que permite localizar las entradas alfabéticas que apuntan a cualquier código, e incluye además un navegador de mapeos (correspondencias o equivalencias entre códigos) para comparar código a código los recursos de las dos clasificaciones.

7.4.2. Índice alfabético de enfermedades

En el índice alfabético de enfermedades se organizan las patologías por orden alfabético, siguiendo una serie de convenciones previamente acordadas, de las que es posible destacar como más genéricas las siguientes:

- Los términos principales son los que siguen el orden del alfabeto y se imprimen en negrita.
- En ocasiones, van seguidos de modificaciones no esenciales que se escriben entre paréntesis. No tienen efecto en la selección del código.
- Los modificadores esenciales que describen diferencias de localización, etiología o tipo clínico se reseñan longitudinalmente y de forma individual. Tiene efecto en la selección del código.

EJEMPLO

- **Incoordinación:**
 - Esófago-faríngeo (recién nacido) 787.2.
 - Muscular 781.3.
 - Músculo papilar 429.81.

Las referencias cruzadas facilitan los posibles modificadores de un término o sus sinónimos y se presentan bajo la forma "véase también" o "véase categoría".

7.4.3. Clasificación de procedimientos

La clasificación de procedimientos es característica de la CIE-9.

Se ordenan en 16 secciones de forma similar a como se lleva a cabo con el índice tabular de enfermedades.

- Operaciones sobre el sistema nervioso.
- Operaciones sobre el sistema endocrino.
- Operaciones sobre el ojo.
- Operaciones sobre el oído.
- Operaciones sobre nariz, boca y faringe.

- Operaciones sobre el aparato respiratorio.
- Operaciones sobre el aparato cardiovascular.
- Operaciones sobre el sistema hemático y linfático.
- Operaciones sobre el aparato digestivo.
- Operaciones sobre el aparato urinario.
- Operaciones sobre órganos genitales masculinos.
- Operaciones sobre órganos genitales femeninos.
- Procedimientos obstétricos.
- Operaciones sobre el aparato musculoesquelético.
- Operaciones sobre el aparato tegumentario.
- Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Cada una de las secciones se divide en categorías que se representan por un código numérico de dos dígitos y subcategorías de tres dígitos.

En ocasiones, puede añadirse un cuarto dígito si fuese necesario clasificar las subcategorías.

EJEMPLO

Sección IX-operaciones sobre el aparato digestivo:

- **Categorías** (dos dígitos) del 42 al 54:
 - El 42 indica operaciones sobre el esófago.
 - El 43 indica incisión y extirpación del estómago.
 - El 44 indica otras operaciones sobre el estómago.
- **Subcategorías** (tres dígitos): , la categoría 44. Otras operaciones sobre el estómago:
 - 44.0 vagotomía.
 - 44.1 procedimiento diagnóstico sobre el estómago (gastroscopia...).
 - 44.2 piloroplastia.

Dentro de la subcategoría 44.0 que indica vagotomía como procedimiento terapéutico se podría precisar más añadiendo un cuarto dígito a la codificación 44.01 vagotomía troncular o 44.02 vagotomía supra-selectiva.

7.4.4. Clasificaciones Wonca. Clasificación de enfermedades propia de Atención Primaria

Las clasificaciones internacionales fueron prestadas para su aplicación en el ámbito hospitalario; por este motivo, ya en 1958 médicos del Reino Unido pudieron demostrar que un gran número de diagnósticos realizados en las consultas de los médicos generalistas no eran compatibles con las patologías descritas en la CIE.

Éste fue el origen de los trabajos que apuntaban a conseguir clasificaciones diagnósticas útiles a la actividad asistencial propia de la Atención Primaria.

La Organización Mundial de Colegios Médicos, Academias y Asociaciones de Médicos generales/Médicos de

familia (WONCA), elaboró tres clasificaciones que dan respuestas a las necesidades específicas de la Atención Primaria:

- **CIPSAP. Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria:** trata de clasificar diagnósticos de forma similar a como hace la CIE.
- **CIPAP. Clasificación Internacional de Procesos en Atención Primaria:** intenta clasificar los procedimientos aplicados.
- **CIAP. Clasificación Internacional en Atención Primaria:** trata de clasificar los motivos de consulta.

Este apartado se va a centrar en la **CIAP**. En el año 1998 se publicó la CIAP-2, clasificación internacional de la Atención Primaria en inglés y un año más tarde, en castellano. Las dos grandes diferencias que introduce esta segunda versión de la CIAP frente a su predecesora son las siguientes:

- Incorpora criterios de inclusión/exclusión y correlaciona muchas rúbricas. Los citados criterios se han desarrollado pensando más en la clasificación que en el diagnóstico, y tratan de ayudar a situar cada diagnóstico en el código CIAP-2 más apropiado.
- Incluye la correspondencia con la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades que la OMS editó en 1992 (CIE-10).

La conversión a la décima edición de la CIE-10 ofrece la posibilidad de utilizarla como clasificación de diagnósticos en el supuesto de necesitar una mayor especificidad. Permite el intercambio con otros niveles asistenciales.

Todas las rúbricas de la CIAP-2 tienen un código alfanumérico de tres dígitos, una denominación abreviada y los códigos correspondientes a la CIE-10. La mayoría de las rúbricas se acompañan de notas de lo que se incluye y se excluye y de las sugerencias para considerar otras rúbricas antes de codificar.

CIAP-2. (2.ª versión). Clasificación Internacional en Atención Primaria

Esta clasificación, tal como ya se ha explicado, se basa en códigos alfanuméricos de tres dígitos, ampliables si se considera necesario. El primer dígito es una letra que representa un aparato o sistema orgánico, y constituyen los 17 "capítulos" de esta clasificación. El segundo y tercer dígitos lo forman números, denominados "componentes", que se relacionan específica o inespecíficamente con: signos o síntomas; procedimientos administrativos diagnósticos, preventivos o terapéuticos; resultados de pruebas complementarias; derivaciones, seguimiento y otras razones de consulta; o enfermedades y problemas de salud.

Para asignar una "rúbrica" se maneja un eje biaxial (capítulos/componentes) que permite realizar una clasificación

rápida y sencilla. Como ayuda, y para evitar la variabilidad, incluye en cada código: el equivalente en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10.ª edición (CIE-10), los términos o sinónimos incluidos y excluidos, los criterios de inclusión en cada rúbrica, y referencias a otras rúbricas que deben considerarse si no se cumplen los criterios de inclusión.

Está diseñada para trabajar con las razones que han conducido a una persona a pedir asistencia sanitaria, vistas desde la perspectiva del paciente. La información que se clasifica es aquella que se obtiene al principio de la consulta, antes de disponer de toda la información necesaria para poder formular el diagnóstico. Por tanto, es una clasificación biaxial que consta de 17 capítulos y siete componentes:

- **Capítulos:**
 - A. Problemas generales.
 - B. Sangre y órganos hematopoyéticos.
 - C. Aparato digestivo.
 - F. Ojos.
 - H. Oído.
 - K. Aparato circulatorio.
 - L. Sistema osteomuscular.
 - N. Sistema nervioso.
 - P. Problemas psicológicos.
 - R. Aparato respiratorio.
 - S. Piel.
 - T. Enfermedades de las glándulas endocrinas, nutrición y metabolismo.
 - U. Aparato respiratorio.
 - W. Embarazo y planificación familiar.
 - X. Aparato genital femenino.
 - Y. Aparato genital masculino.
 - Z. Problemas sociales.
- **Componentes:**
 1. Síntomas y dolencias.
 2. Procedimientos diagnósticos y preventivos.
 3. Tratamientos, procedimientos y medicación.
 4. Resultados de las pruebas.
 5. Componentes administrativos.
 6. Derivación y otros componentes.
 7. Diagnósticos y enfermedades.

Cada capítulo se divide en los siete componentes referenciados. A cada componente se le asigna un código de dos dígitos que va precedido del código alfabético correspondiente al capítulo y los tres caracteres constituyen el código alfanumérico para cada rúbrica de la clasificación. Como ejemplo supongamos que una mujer solicita que se le realice una citología para diagnóstico precoz del cáncer genital; se codificará X37 (componente 2, procedimientos, diagnósticos y preventiva del capítulo X, aparato genital femenino).

La redacción original se hizo en inglés y se concluyó en 1980. Posteriormente se tradujo a cinco idiomas más y en 1983 se probó en nueve países. Todavía no existe versión española de esta clasificación.

Los principios fundamentales que deben guiar el uso de esta clasificación son dos: **que la razón de consulta registrada por el sanitario sea reconocida por el paciente como causante de la consulta, y que, al codificarse, las palabras del paciente sean reproducidas con la máxima fidelidad posible.**

Esta clasificación puede ayudar a conocer áreas hasta ahora desconocidas. Facilita la descripción de la historia natural de las enfermedades y permite establecer conexiones entre la razón de la entrada al sistema y lo que acontece con el paciente cuando está dentro, lo que favorece el análisis de funcionamiento del Sistema Sanitario mediante el estudio de la relación demandas/necesidades.

7.4.5. Clasificación NANDA

La NANDA está compuesta por enfermeras docentes, teóricas y asistenciales que, con el objetivo de crear una taxonomía única que la distinguiera de otras disciplinas, publicaron una lista de diagnósticos de enfermería.

La taxonomía NANDA clasifica de forma sistemática los juicios clínicos enfermeros o diagnósticos según unas reglas y procedimientos. El desarrollo de esta taxonomía proporciona beneficios científicos y prácticos, permitiendo promover la investigación y el desarrollo teórico, determinar la adecuación profesional y desarrollar documentación informatizada de los cuidados del enfermo.

La organización de los diagnósticos enfermeros de la NANDA ha evolucionado desde un listado alfabético (1980) hasta un sistema conceptual que guía su clasificación en una **taxonomía II. Dicha taxonomía II se diseñó de manera multiaxial, lo que permite realizar con facilidad modificaciones.**

Existen varias formas de expresar los diagnósticos de enfermería utilizando diferentes taxonomías diagnósticas. **El sistema más utilizado es el desarrollado por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).**

La primera conferencia nacional sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería aconteció en 1973 y dio lugar a la publicación de la primera lista de diagnósticos aprobados. La NANDA se desarrolló a partir del grupo formado en la Primera Conferencia Nacional, existiendo en la

forma actual desde 1982. Desde entonces han tenido lugar conferencias aproximadamente cada dos años.

El proceso por el que son enviados nuevos diagnósticos y aprobados por la NANDA es el siguiente: el diagnóstico propuesto es enviado a la NANDA y entra en el ciclo de revisión del diagnóstico. Para entrar en el ciclo, cada diagnóstico propuesto puede incluir algunos o todos los siguientes elementos: **etiqueta (proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificaciones), definición (ofrece una descripción clara y exacta del diagnóstico, define su significado y lo diferencia de otros diagnósticos), las características definitorias (claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de salud), los factores relacionados (factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes, asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes al diagnóstico) y los factores de riesgo (o factores ambientales y elementos fisiológicos, genéticos o químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable).**

Después de la conferencia bianual en abril de 1994, el Comité para la Taxonomía se reunió para clasificar en la taxonomía I revisada los nuevos diagnósticos admitidos. Sin embargo el Comité tuvo muchas dificultades para hacerlo. En vista de tales problemas y del creciente número de nuevos diagnósticos el Comité pensó que era posible desarrollar una nueva estructura taxonómica.

La Taxonomía II tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. Un dominio es “una esfera de actividad, estudio o interés”. Un clase es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado”. Un diagnóstico enfermero es “un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, o a procesos vitales, que proporciona la base para la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable”.

Se está realizando un esfuerzo importante por crear una estructura común para la práctica enfermera que incluya la NANDA (diagnósticos enfermeros), NIC (Clasificación de intervenciones en enfermería) y NOC (Clasificación de resultados en enfermería).

Es su última versión 2012–2014.

El resultado supone un total de 7 ejes, 13 dominios y 216 diagnósticos de enfermería (DxE). Los diagnósticos

estarán relacionados alfabéticamente y codificados mediante cinco dígitos consecutivos (del 00001 al 00230) (hay 14 códigos anulados de la versión anterior que conservan su número de orden).

La taxonomía II tiene una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la **National Library of Medicine (NLM)** respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud, la cual recomienda que los códigos no contengan información sobre localización.

Algunos cambios importantes de esta nueva taxonomía implican el hecho de que en algunos diagnósticos se han cambiado las palabras; por ejemplo, los diagnósticos de salud o bienestar ahora se etiquetan con el suscriptor “Disposición para mejorar” en lugar de “Potencial de mejora de”, y se ha suprimido el término “alterado” por términos más específicos como “deteriorado”.

La taxonomía II sigue basándose en los Patrones Funcionales de M. Gordon, pero pasan a llamarse dominios. Estos dominios suponen el nivel más abstracto de la clasificación, y consiguen unificar el significado de todos los diagnósticos que están agrupados en un mismo dominio.

Cada dominio se refiere a un área de funcionamiento y/o comportamiento de la persona.

Además del término “dominio”, la nueva clasificación contiene otros **tres términos clave que no se deben perder de vista, y que son el “concepto diagnóstico”, la “clase” y el “eje”:**

- El **concepto diagnóstico** es el elemento principal, parte fundamental del diagnóstico. Puede constar de una o más palabras.
- La **clase**, que supone el nivel más concreto de la clasificación, identificando aspectos más específicos dentro de cada dominio. La clase contiene los conceptos diagnósticos. Actualmente se encuentran clases definidas en las que no aparece ningún concepto diagnóstico, pues no existen diagnósticos aprobados.
- El **eje**, que se define como “la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico”. Los ejes se utilizarán para concretar el diagnóstico según las manifestaciones que identifican una respuesta humana determinada.

La taxonomía II se basará en estos ejes para dar una forma multiaxial a la clasificación. Esto favorece la adición y modificación de elementos, además de la inclusión de la taxonomía a los sistemas informáticos.

La taxonomía II consta **de siete ejes, que** son los que aparecen en la Tabla 5.3.

Eje 1	<i>Concepto diagnóstico</i>
Eje 2	<i>Unidad de cuidados</i> (la respuesta puede estar referida a un sujeto desde su condición de individuo o de grupo)
Eje 3	<i>Descriptor</i> (especifica el significado del concepto diagnóstico con adjetivos o valores como anticipado, aumentado, deficiente, etc.)
Eje 4	<i>Localización</i> (describe las partes o regiones corporales y/o sus funciones relacionadas con todos los tejidos, órganos, estructuras anatómicas)
Eje 5	<i>Edad</i> (de la persona que es objeto del diagnóstico como la duración del tiempo o intervalo durante el cual ha existido un individuo)
Eje 6	<i>Tiempo</i> (una respuesta puede aparecer de manera aguda o crónica, ser de larga o corta duración, intermitente o continua)
Eje 7	<i>Estado del diagnóstico</i> (actualización potencial del problema o categorización del diagnóstico)
Tabla 5.3	

A continuación se detallan los **13 dominios** de esta clasificación con su correspondiente definición (Tabla 5.4).

1. Promoción de la salud	Toma de consciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento
2. Nutrición	Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía
3. Eliminación e intercambio	Secreción y excreción de los productos de desecho
4. Actividad/reposo:	Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos
5. Percepción/cognición	Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación
6. Auto percepción	Consciencia del propio ser
7. Rol/relaciones	Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que demuestran tales conexiones
8. Sexualidad	Identidad sexual, función sexual y reproducción
9. Afrontamiento/tolerancia al estrés	Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales
Tabla 5.4. (continúa)	

10. Principios vitales	Principios que subyacen en el pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contemplados como verdaderos o poseedores de un valor intrínseco
11. Seguridad/protección	Ausencia de peligro, lesión física o trastornos del sistema inmunitario, preservación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad
12. Confort	Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social
13. Crecimiento/desarrollo	Aumento de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad
Tabla 5.4. (continuación)	

BIBLIOGRAFÍA

- Carpenito: *Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería*. McGraw-Hill Interamericana.
- *Clasificación de la WONCA*. Ed. Masson.
- Gervás, J: *Los sistemas de registro en AP de salud*. Ed. Díaz de Santos.
- Instituto de Información Sanitaria. *Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
- *Manual CTO EIR. 5.ª ed. Madrid. 2011.*
- *NANDA: Diagnósticos enfermeros 2012-2014. Diagnósticos enfermeros. Resultados e Intervenciones*. Elsevier.
- Tejero Álvarez, M: *Documentación clínica y archivo*. Ed. Díaz de Santos.

