

# LA HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ICÍAR ABAD ACEBEDO  
Ministerio de Sanidad y Consumo

# EL PROYECTO DE HISTORIA CLINICA DIGITAL EN EL SNS

TRANSFERENCIA AUTONÓMICA (1981-2002)



**OBJETIVO DEL PROYECTO:** ASEGURAR AL CIUDADANO QUE SE DESPLAZA FUERA DE SU COMUNIDAD AUTÓNOMA, Y A LOS PROFESIONALES A LOS QUE ESTE DEMANDA ASISTENCIA, EL ACCESO (TELEMÁTICO) A LA INFORMACIÓN RELEVANTE SOBRE SU SALUD

## INFORMACIÓN RELEVANTE

CONJUNTO DE DOCUMENTOS CLÍNICOS

CONTENIDOS MÍNIMOS CONSENSUADOS POR GRUPOS DE PROFESIONALES

CONSENSO INSTITUCIONAL A TRAVÉS DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL

# HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA

## HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA: CONTENIDO

CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS PERSONALES DE SALUD QUE SEAN DE INTERÉS PARA **CUALQUIER PROFESIONAL** SANITARIO QUE LE ASISTAN, CUYA IGNORANCIA PODRÍA SUPONER UN RIESGO PARA LA SALUD DEL CIUDADANO, Y EXPRESADOS DE **FORMA SINTÉTICA**

# HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA

**NO ES UN  
DOCUMENTO  
HABITUAL DE LA  
PRÁCTICA CLÍNICA**

**SE ALIMENTA  
DE REGISTROS  
MAYORES**

**SE ACTUALIZA**

The image shows a screenshot of a digital form titled 'HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA'. The form is structured with various fields and sections, including a header with patient information, a main body with text input areas, and a footer with additional data fields. The text 'HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA' is prominently displayed in the center of the form.

**VISIBLE EN LA CA DEL  
CIUDADANO Y EN EL  
SISTEMA HCDSNS**

**ESTRUCTURADA  
E  
INTEROPERABLE**

# HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA



**APORTACIONES  
DEL GRUPO DE  
TRABAJO DE  
ENFERMERÍA**

## **EL GRUPO DE PROFESIONALES**

**COORDINADOR DEL GRUPO**

**3 FACULTATIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**2 FACULTATIVOS DE PEDIATRÍA DE  
ATENCIÓN PRIMARIA**

**1 FACULTATIVO ESPECIALISTA DEL ÁREA  
MATERNO-INFANTIL**

**1 FACULTATIVO ESPECIALISTA DEL ÁREA  
QUIRÚRGICA**

**1 FACULTATIVO ESPECIALISTA DEL ÁREA  
MÉDICA**

**1 GESTOR DE CENTROS DE PRIMARIA**

**1 TÉCNICO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y  
CONSUMO**

**1 FUNCIONARIA DEL MINISTERIO DE  
SANIDAD Y CONSUMO**

# HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA

DATOS DEL CENTRO DE SERVICIOS		DATOS DEL PACIENTE	
Denominación del Servicio		Nombre	Primer Apellido Segundo Apellido
Dirección del Centro: Dirección CIP - Población Teléfono		Anción del Paciente: Servicio - Dirección - CIP - Población Teléfono	CIP CIP Internacional CIVE SMS N° Historia
Persona de referencia Teléfono		Fecha de Nacimiento: _/~/_	
Cuidador principal Teléfono		Sexo:	
		NASSS:	
		CIP / Pasaporte / T. Residencia	

**HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA**

Fecha de creación: \_/~/\_ Fecha de actualización: \_/~/\_

DATOS DE SALUD	
EL PACIENTE HA PODIDO EJERCER RESERVA SOBRE PARTE DE LA INFORMACIÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EXISTE AVISACIÓN EN EL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ESTA SUJETO EN UN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ALERGIAS	
VACUNACIONES	
LISTADO DE PROBLEMAS RESUELTOS	
PROBLEMAS ACTIVOS	DIAGNOSTICOS ENFERMERS ACTIVOS
Fecha de Inicio Problema	
TRATAMIENTO ACTIVO	RESULTADOS DE ENFERMERA
INDICACIONES	
PARÁMETROS	INTERVENCIONES DE ENFERMERA
COG00	
ALERTAS	OBSERVACIONES SUBJETIVAS DEL PROFESIONAL

# HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA

## CONJUNTO MINIMO DE DATOS DE LA HISTORIA CLINICA RESUMIDA

Variable	Formato - VALORES	Aclaraciones	Volcado de Datos	Acceso
<b>DATOS DE SALUD</b>				
Existe información reservada por decisión del paciente		NO	existe algun dato clinico que no figura en la HC por decisión del propio paciente.	P/C
Existe documento de instrucciones previas	Botón s/h	SI NO	Informa al profesional de que existe este documento que esta disponible en el Registro de Ultimas Voluntades.	CM A/M P/C
Esta incluido en protocolo de investigación clínica	Botón s/h	SI NO	Informa de la inclusión en un protocolo de investigación en la fecha de última actualización.	R M P/C
Alergias	Texto	Libre		P/C
Vacunaciones	Texto	Libre	Se presentará apartado si el contenido si el profesional lo decide.	P/C
Problemas Resueltos, Cerrados o Inactivos	Texto	Libre	Se presentará apartado si el contenido si el profesional lo decide.	P/C
Problemas y Episodios Activos	Texto + Código	Fecha + Texto libre Sistema de Codificación CIE 9 MC/CIAP 2 Definida	Los que figuren en la historia a la fecha de última actualización.	CM R A P/C
Tratamiento				CM P/C
Recomendaciones	Texto	Libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, limitaciones de esfuerzo físico, etc.)	CM A P/C
Farmacos	Texto	Libre+Principio Activo / Código Nacional (nomenclator oficial MSC) + Dosis + Duración	Prescripciones activas a la fecha de actualización.	CM A P/C
Diagnósticos Enfermeros activos	Texto + código	Libre + Código NANDA	Los que figuren en la historia a la fecha de última actualización	CM R A P/C
Resultados de Enfermería	Texto + código	Libre + Código NOC	Aquellos resultados seleccionados para identificar la evolución del paciente, como resultado de las intervenciones planificadas Los que figuren en la historia a la fecha de última actualización	CM R A P/C
Intervenciones de Enfermería	Texto + código	Libre + Código NIC	Los que figuren en la historia a la fecha de última actualización	CM R A P/C

**FORMATO - VALORES**

**ACLARACIONES**

**VOLCADO DE DATOS**

**ACCESO**

# HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA

<b>ALERTAS</b>	Texto	Libre	Su contenido deben ser advertencias clave de carácter objetivo que por su especial trascendencia deban ser resaltadas para ser tenidas en cuenta por cualquier profesional que deba prestar atención (Ej: <u>Angioedema</u> desencadenado por IECAS, Dispositivo IV con reservorio)	<b>CM</b>		M	P/C
<b>Observaciones Subjetivas del Profesional</b>	Texto	Libre	La única justificación de este campo es recoger valoraciones del profesional, siempre que sean de auténtico interés para el manejo de los problemas de salud por otro profesional. Sólo deberán ser reseñadas aquellas observaciones que sean <u>encuadrables</u> en algunos de los siguientes apartados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• VALORACIONES SOBRE HIPÓTESIS DIAGNOSTICAS NO DEMOSTRADAS</li> <li>• SOSPECHA ACERCA DE INCUMPLIMIENTOS TERAPEUTICOS</li> <li>• SOSPECHA DE TRATAMIENTOS NO DECLARADOS</li> <li>• SOSPECHA DE HÁBITOS NO RECONOCIDOS</li> <li>• SOSPECHA DE HABER SIDO VÍCTIMA DE MALOS TRATOS</li> <li>• COMPORTAMIENTOS INSÓLITOS</li> </ul>	<b>R</b>		M	P



# HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA

DATOS DE SALUD	
EL PACIENTE HA DECIDIDO EJERCER RESERVA SOBRE PARTE DE LA INFORMACIÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EXISTE ANOTACIÓN EN EL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ESTA INCLUIDO EN UN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ALERGIAS	
VACUNACIONES	
LISTADO DE PROBLEMAS RESUELTOS	
<b>PROBLEMAS ACTIVOS</b>	<b>DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS ACTIVOS</b>
Fecha de inicio	Problema
___/___/___	_____
___/___/___	_____
___/___/___	_____
<b>TRATAMIENTO ACTIVO</b>	<b>RESULTADOS DE ENFERMERÍA</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	_____
_____	_____
_____	_____
<b>FÁRMACOS</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>
<b>DOSI</b>	_____
<b>Fecha de prescripción</b>	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
<b>ALERTAS</b>	<b>OBSERVACIONES SUBJETIVAS DEL PROFESIONAL</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Datos de Salud

# HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA

EL PACIENTE HA DECIDIDO EJERCER RESERVA SOBRE PARTE DE LA INFORMACIÓN

SI  NO

EXISTE ANOTACIÓN EN EL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

SI  NO

ESTA INCLUIDO EN UN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

SI  NO

**Recomendado  
Volcado de datos manual**

ALERGIAS

VACUNACIONES

LISTADO DE PROBLEMAS  
RESUELTOS

**Recomendado  
Desplegable**

**Desplegable**

# HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA

## PROBLEMAS ACTIVOS

Fecha de inicio	Problema
__/__/__	_____
__/__/__	_____
__/__/__	_____

**CM**

**Codificación: R → CIE/CIAP**

## TRATAMIENTO ACTIVO

### RECOMENDACIONES

\_\_\_\_\_ \_\_ b. / día

\_\_\_\_\_ \_\_ b. / día

FARMACOS	DOSES	Fecha de prescripción

## DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS ACTIVOS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## RESULTADOS DE ENFERMERÍA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CM**

**Codificación: R → NANDA**

**NIC**

**NOC**

# HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA

## ALERTAS

Advertencias **objetivas** de especial trascendencia que deben ser resaltadas a los profesionales

## COMENTARIOS SUBJETIVOS DEL PROFESIONAL

Valoraciones **subjetivas** del un profesional que tienen interés para el manejo de problemas de salud por otro profesional y que pueden encuadrarse en:

- VALORACIONES SOBRE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS NO DEMOSTRADAS
- SOSPECHA ACERCA DE INCUMPLIMIENTOS TERAPÉUTICOS
- SOSPECHA DE TRATAMIENTOS NO DECLARADOS
- SOSPECHA DE HÁBITOS NO RECONOCIDOS
- SOSPECHA DE HABER SIDO VÍCTIMA DE MALOS TRATOS
- COMPORTAMIENTOS INSÓLITOS



# PATIENT SUMMARY

PD1	ANALYSIS AND EVALUATION	
WP1.1.	National analysis	MSC
WP1.2	Overall evaluation	SAS
WP1.3	Dissemination	CATSALUT
PD2	LEGAL AND REGULATORY ISSUES	
WP2.1	Legal and regulatory issues	MSC
PD3	SPECIFICATION AND IMPLEMENTATION	
WP3.1	ePrescription Services	SAS
WP3.2	<b>Patient Summary Services</b>	MSC
WP3.3	System Architecture	SESCAM
WP3.4	Common Components Specification	SESCAM
WP3.5	Semantic Services	CATSALUT
WP3.6	Identity Management	SESCAM
WP3.7	Security Services	SESCAM
WP3.8	Integration and customisation requirements	SESCAM
WP3.9	Proof of concept system for pilot	SAS
WP3.10	Proof of concept testing	SESCAM
PD4	FIELD TESTING	
WP4.1	Test scenarios	CATSALUT
WP4.2.A	Preconditions and EU level preparation	CATSALUT
WP4.2.B	Preconditions and site level preparation	CATSALUT
WP4.3	Pilot Implementation	CATSALUT
WP4.4	Operation phase I	CATSALUT
WP4.5	Operation phase II	CATSALUT
PD5	PROJECT MANAGEMENT	
WP5.1	Coordination	SAS
WP5.2	Technical management	SAS
WP5.3	Administrative management	SAS



# PATIENT SUMMARY

<b>ALEMANIA</b>	<b>HOLANDA</b>	<b>ESCOCIA</b>	<b>ESLOVAQUIA</b>	<b>ESPAÑA</b>
<b>Datos personales</b> Nombre, fecha nac. Dirección, Numero de aseguramiento	<b>Información General</b> Nombre, Fech nac., aseguramiento	<b>Datos personales</b> Nombre, dirección, Teléfono, número ident.	<b>Datos Identificación y Administrativos</b> Nombre, fech Nac. Num Identif, dirección, aseguram, limit legales.	<b>Datos del usuario/paciente</b> Nombre y Apell, Fech Nac, CIP CA, CIP Nac, dirección, N Historia
<b>Alergias</b>	<b>Intolerancias a Fármacos y Contraindicaciones</b>	<b>Alergias y recciones adversas</b>		<b>Alergias Vacunaciones</b>
<b>Datos clínicos</b> Peso, resultados de laboratorio, observaciones			<b>Historia Personal y Familiar (Laboral, heridas, intervenciones)</b>	<b>Problemas cerrados</b>
<b>Anotaciones clínicas e Informes</b>	<b>Lista de Episodios</b>	<b>Datos Técnicos Consentimientos</b>	<b>Datos Clínicos</b> Alergia, Grupo sanguíneo, alteraciones funcionales, Enf contagiosas, vacunas	
<b>Condiciones Especiales</b>	<b>Contactos</b> (últimos 4 meses o 5 contactos)			<b>Reserva Información Instrucciones Previas Protocolo de Investigac.</b>
<b>Diagnósticos</b> Enfermedades y problemas de salud			<b>Enf. actuales, enf.crónicas Enfermedades psiquiátricas Implantes</b>	<b>Episodios/ Problemas Activos</b>



# PATIENT SUMMARY

<b>ALEMANIA</b>	<b>HOLANDA</b>	<b>ESCOCIA</b>	<b>ESLOVAQUIA</b>	<b>ESPAÑA</b>
<b>Tratamientos (Méd, quirúrg, implantes)</b>				<b>Tratamiento Activo Recomendaciones</b>
<b>Medicación</b>	<b>Medicación Actual y últimos 4 meses</b>	<b>Medicación aguda (30 días) y Medicación Crónica</b>		<b>Fármacos (activos)</b>
	<b>Nombre de su MF</b>	<b>Fecha de última actualización</b>	<b>Contacto de su MF</b>	<b>Alertas/Observa ciones Subjetivas del profesional</b>



# MUCHAS GRACIAS