

EL INFORME ASISTENCIAL, UN DERECHO DEL PACIENTE Y UNA OBLIGACIÓN DEL PROFESIONAL QUE AÚN NO SE CUMPLE EN TODOS LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA (SEM) Y COMUNIDADES AUTONOMAS (CCAA).



El informe asistencial es el documento que por un lado recoge información clínica del paciente de gran utilidad para el diagnóstico, tratamiento, evolución de su situación etc., y, por tanto, parte necesaria de su historia clínica, en adelante **HC**, y por otro lado audita la actividad del profesional sanitario en cuanto a la praxis realizada, calidad de la atención y carga de trabajo.

Así las cosas, el informe asistencial se convierte en un documento muy valioso para el paciente, los profesionales que participan en su proceso y los gestores.

Centrándonos en la repercusión que el informe asistencial tiene para los técnicos en emergencias sanitarias en adelante **TES** para su avance profesional, puesto que hace objetivable la complejidad de su trabajo de atención directa al paciente y nivel de autonomía en la toma de decisiones de la asistencia sanitaria urgente y emergente como primer respondiente, además nos permite cuantificar el número y características de los avisos que son atendidos a diario y que requieren asistencia sanitaria proporcionada por el TES, estos datos necesariamente conducirían al planteamiento de una prospección del futuro académico y profesional del TES muy diferente al del escenario actual con gran repercusión sobre la optimización de recursos y calidad asistencial en nuestro sistema sanitario.



Es lamentable ver que este es el soporte del que disponen muchos profesionales para la recogida de datos clínicos en muchos SEM y CCAA que no ejercen ningún control de calidad sobre sus recursos asistenciales ya sean públicos o concertados.

Es urgente la implantación del informe asistencial en todos los SEM y que el TES registre su actividad ya sea en un SVB, un SVA o cualquier otro recurso, servicio o unidad en la que ejerza sus funciones para poder objetivar negro sobre blanco lo que “es” y “hace” realmente un TES, cumplir con el derecho del paciente, auditar su actividad profesional real favoreciendo una gestión adecuada de los recursos, además de contribuir al reconocimiento de personal sanitario de atención directa extrahospitalaria en todos los ámbitos de urgencia y emergencia en los que interviene con competencias como profesional sanitario cualificado y titulado.

La ley respalda la existencia y obligatoriedad de recoger en la HC del paciente su información clínica como un derecho del propio paciente y obliga por tanto a los profesionales a registrarla, es por todo ello que no se entiende que aún no esté implantado de manera homogénea en todos



Foto: Xavier Blanco

los servicios de salud, empresas públicas o privadas, porque el derecho es para todos los ciudadanos y la obligación para todos los profesionales.

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, expone, en su **Artículo 4**, Derecho a la información asistencial, lo siguiente:

“1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.”

Pero el problema no es únicamente que se esté vulnerando el derecho al paciente, sino que se está cometiendo una ilegalidad por parte de las administraciones o empresas que no tienen instaurado este registro, además de los profesionales TES, ya que el **artículo 2**, obliga a:

“...6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.”

Artículo 14. Definición y archivo de la historia clínica.

La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente

Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente.

1. La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. **Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.**

2. La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias incluye a los Técnicos Superiores y Medios como profesionales del ámbito sanitario siempre que su titulación reglada sea de la rama sanitaria.

En el REAL DECRETO 1397/2007, de 29 de octubre, por el que se establece el título de Técnico en Emergencias Sanitarias y se fijan sus enseñanzas mínimas, está dentro de la familia sanitaria y por tanto dentro de la LOPS.

Todo ello regula legalmente la obligatoriedad de dejar constancia por escrito en la HC del paciente toda praxis realizada y el profesional que la imparte, de esta manera la asistencia sanitaria inicial, en ruta etc., que realiza el TES y que influye y tiene repercusión importante sobre la evolución clínica, el estado y salud del paciente, debe quedar recogida.

Esto además permitiría como apuntaba anteriormente auditar la actuación del profesional, las cargas de trabajo y las funciones sanitarias reales que viene realizando.

En cuanto a la prospección académica y profesional concluiría con necesidad de evolución de la figura del TES, regular un grado superior de formación profesional y una redefinición de funciones y competencias para ajustar las necesidades y demanda asistencial de la extrahospitalaria a la realidad contrastada.

DISTINTOS MODELOS DE INFORMES ASISTENCIALES. DATOS QUE RECOGE Y COMPETENCIAS DEL TES.

Otro caballo de batalla es el “cómo es y qué recoge” el informe asistencial. Existen incongruencias y aristas como en las “competencias compartidas” con otros profesionales, como por ejemplo la realización de glucemias que aparece como un apunte más a registrar en las constantes vitales, y que en el caso de pacientes diabéticos, obtener en segundos un dato clínico como la glucemia puede ahorrarnos una situación de compromiso vital o desenlace fatal, sin embargo a pesar de que los informes de SVB lo contemplan y la mayoría de los TES las realizan, ni se le reconoce la competencia ni se le prohíbe expresamente.

Y si bien es cierto que no hay en toda España una sola sentencia condenatoria por realizar una glucemia, ningún profesional debería sentirse presionado por otro en el ejercicio de sus funciones por ambigüedades en la definición de funciones.

La falta de regulación de competencias y procedimientos ajustada a la realidad del día a día redundará en un claro perjuicio al paciente que se ve afectado por lagunas legales que pueden

ocasionar serias consecuencias para su salud, por lo que no sólo es imprescindible “tener y rellenar” el informe asistencial, sino que además sea apropiado y recoja toda la información clínica que pueda ser de utilidad para el proceso del paciente y permita facilitar un diagnóstico y tratamiento médico o una intervención temprana de cualquier profesional, como por ejemplo en las urgencias tiempo-dependientes o las situaciones de compromiso vital potencialmente reversibles.

El TES debe tener como cobertura legal de su buena praxis ante el paciente y la justicia el informe asistencial sin entrar en conflicto alguno con otro estamento por ausencia de claridad en la definición de sus funciones, existen funciones propias y compartidas, estas últimas no deberían ser objeto de debate y celo corporativo por su efecto adverso en la atención al paciente.

En la actualidad existen varios tipos de Informes asistenciales, unos más completos que otros, en soporte papel o digital, pero si atendemos a la nueva ley de derecho administrativo que nos obliga a relacionarnos con la administración de manera electrónica y a la desaparición del papel en pro de la digitalización documental, es esperable que esto mismo ocurra con nuestro informe asistencial.

Es por todo ello vamos a centrarnos en proponer un modelo digital como el creado en Cataluña, por contenido y soporte para catalogar como arcaicos y a extinguir los formatos en papel que en algunos casos además recogen información paupérrima.

Modelos de informe asistencial en formato papel de diferentes SEM

INFORME ASISTENCIAL DIGITALIZADO: ESTACIÓN CLÍNICA DE EMERGENCIAS SEM CATALUÑA

Como ejemplo de informe asistencial digitalizado hemos elegido el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) que utiliza como herramienta tecnológica en sus ambulancias la Estación Clínica de Emergencias (ECE), un software incorporado en tabletas táctiles, con las cuales se cumplimenta el informe de asistencia en formato digital.

La incorporación de este nuevo software no sólo permite digitalizar el informe asistencial y evitar el papel, sino que mejora en la seguridad del paciente; la información que contiene es más precisa y detallada. Asimismo, los datos del informe del SEM son más confidenciales, ya que quedan guardados en la historia clínica compartida de Cataluña (HC3) y pueden ser consultados en cualquier momento por paciente o profesionales.

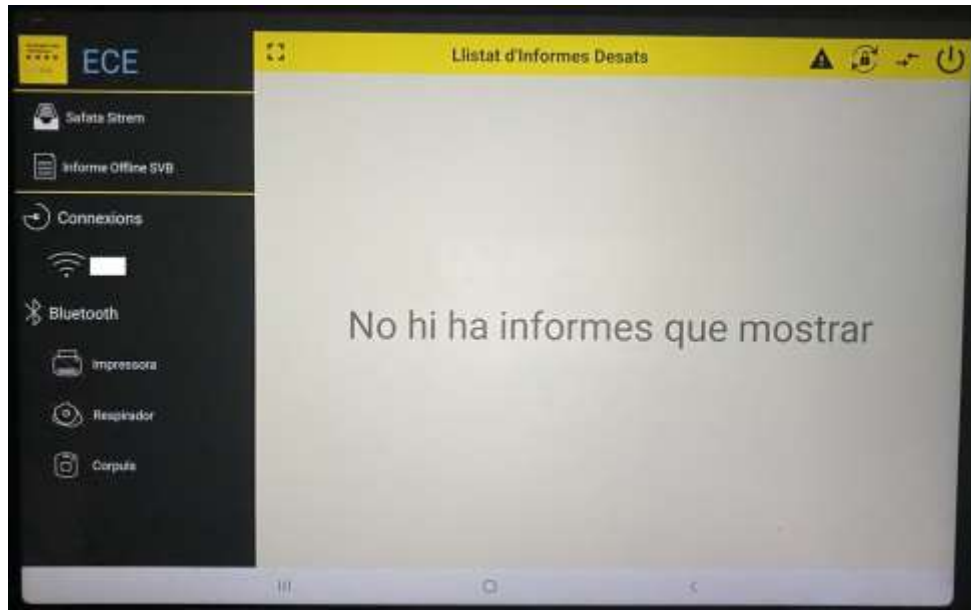
En los casos de urgencias tiempo-dependientes como un código ICTUS, desde la ECE se podrá hacer una videoconferencia a tres bandas, conectando a los técnicos en emergencias sanitarias (TES) del SEM que atienden al paciente con el neurólogo de guardia del ictus y el 061 CatSalut Respon, que coordina y activa el código ICTUS. De esta manera, se reducirá el tiempo de respuesta entre la detección del ictus y el inicio del tratamiento, eligiendo el centro hospitalario más idóneo para su traslado.



Foto: Portada revista técnica para profesionales de servicios de emergencia. 19/11/2018

**INFORMACIÓN PANTALLA A PANTALLA SOBRE ESTACIÓN CLÍNICA DE EMERGENCIAS QUE
DISPONEN TODAS LAS USVB DEL SEM DE CATALUÑA PARA EL INFORME DEL PACIENTE**

Esta es la pantalla principal y/o de espera, cuando no hay ningún servicio activo. En la izquierda vemos las opciones que tenemos de conexión con diferentes dispositivos Bluetooth: impresora, respirador o Corpuls (monitor); en nuestro caso disponemos del Corpuls 1 en USVB

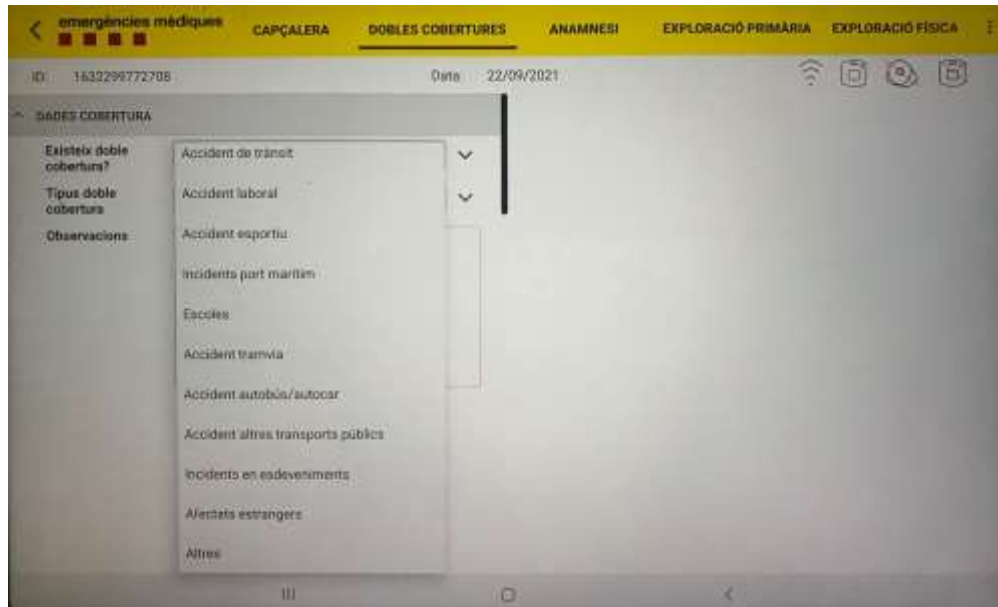


PESTAÑA CABECERA: al aceptar el servicio nos aparece la pantalla Cabecera, donde hay diferente información tanto del indicativo de nuestra unidad como los profesionales que trabajan en ella en ese momento (al comenzar la guardia iniciamos con usuario y contraseña los dos TES). También aparece día y hora de activación, así como los datos del paciente en caso de que el centro coordinador haya podido obtenerlos, en caso contrario necesitaremos DNI o tarjeta sanitaria del paciente la cual escaneamos y automáticamente nos carga todos sus datos, recogéndolo de la historia clínica compartida en Cataluña.

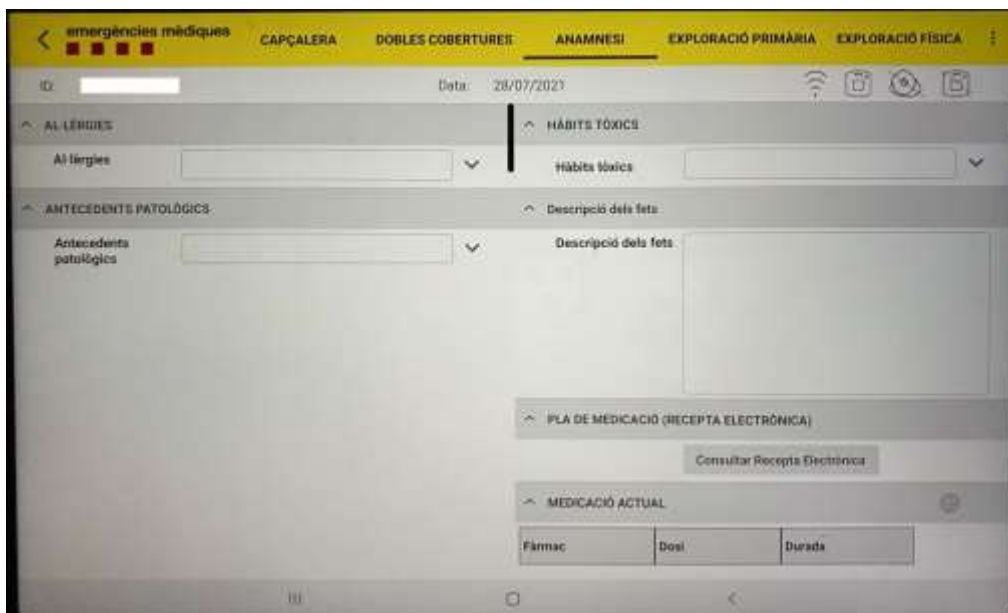
The screenshot shows the 'emergències mèdiques' app interface. The top navigation bar is yellow and contains the following tabs: 'emergències mèdiques', 'CAPÇALERA', 'DOBLES COBERTURES', 'ANAMNESI', 'EXPLORACIÓ PRIMÀRIA', and 'EXPLORACIÓ FÍSICA'. The 'DOBLES COBERTURES' tab is selected. The main content area is divided into two columns. The left column, titled 'DOTACIÓ', contains fields for 'Unitat', 'Núm. intervenció', 'Núm. incident', 'Núm. afectat', 'Hora', 'Data', 'Motiu de l'alerta', 'Municipi', 'Adreça', 'TTS/TES/Pilot', and '2n TTS/2n TES/'. The right column, titled 'DADES DEL PACIENT', contains fields for 'Nom pacient', 'Cognoms pacient', 'Data de naixement', 'Edat', 'Tipus', 'Sexe', 'CIP pacient', 'DNI/NIE', and 'Passaport'. There are 'Valida' buttons next to the CIP, DNI/NIE, and Passaport fields. A 'Escaneja document' button is located at the top right of the patient data section. The date '28/07/2021' is displayed at the top right of the form area.

PESTAÑA DOBLES COBERTURAS: esta pantalla la usaremos solamente en caso de accidentes de tráfico, laboral, deportivo o cualquier otro tipo de servicio en el cual haya que facturar a terceros. Escogiendo en una lista el tipo de cobertura. En la imagen por ejemplo eligiendo tráfico, permite introducir matricula vehículo, compañía aseguradora, etc...

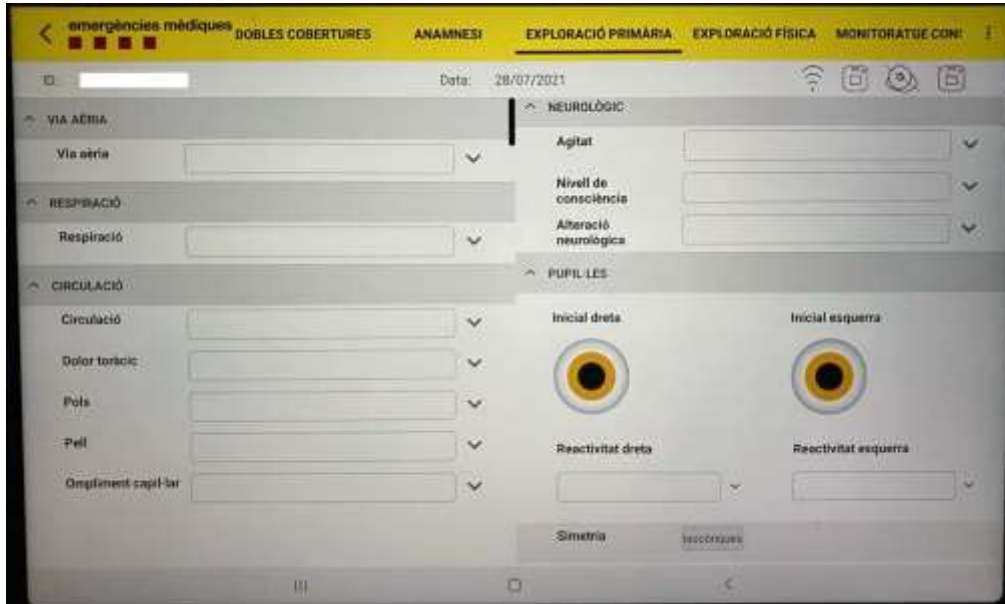
The screenshot shows the 'emergències mèdiques' app interface with the 'DOBLES COBERTURES' tab selected. The main content area is divided into two columns. The left column, titled 'DADES COBERTURA', contains fields for 'Existeix doble cobertura?' (with a dropdown menu showing 'Si'), 'Tipus doble cobertura' (with a dropdown menu showing 'Accident de trànsit'), and 'Observacions'. The right column, titled 'DADES COBERTURA TRANSIT', contains fields for 'Matricula vehicle', 'Companya asseguradora', 'Núm. pòlissa', 'Marca vehicle', 'Model vehicle', 'Matricula vehicle contrari', and 'In ithere' (with a toggle switch). The date '28/07/2021' is displayed at the top right of the form area.



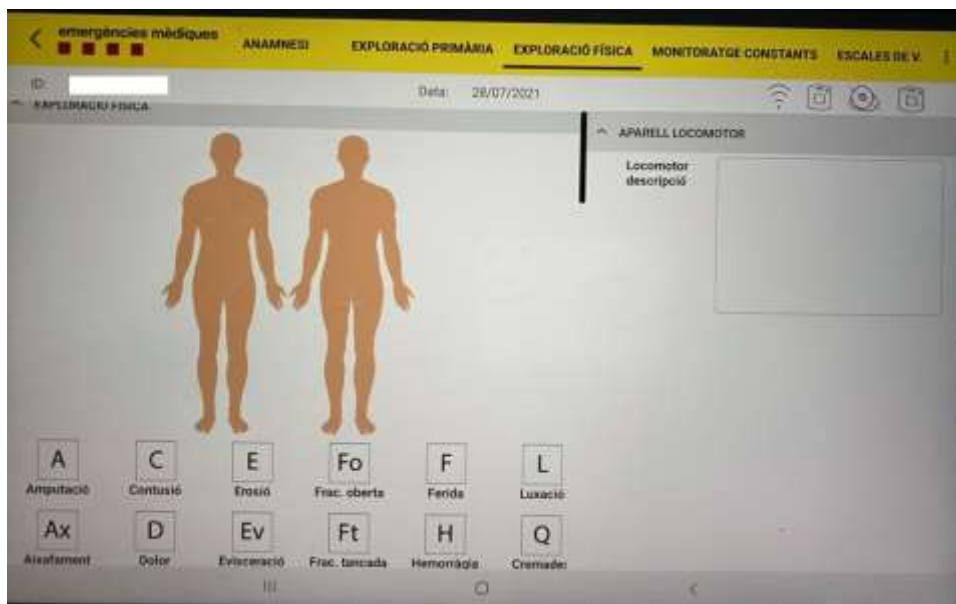
PESTAÑA ANAMNESIS: aquí empezamos a encontrar información que debemos rellenar en cuanto al paciente, alergias, antecedentes patológicos (se nos abre un desplegable con varias patologías y debemos seleccionar), hábitos tóxicos, descripción de los hechos (aquí se explicará de forma breve y concisa como hemos encontrado y que le hacemos al paciente), en consultar receta electrónica, automáticamente nos carga toda la medicación que tiene activa ese paciente, descargándola de la historia clínica compartida (muy interesante para confirmar por ejemplo Sintrom u otra medicación que puede ser de interés para nosotros)



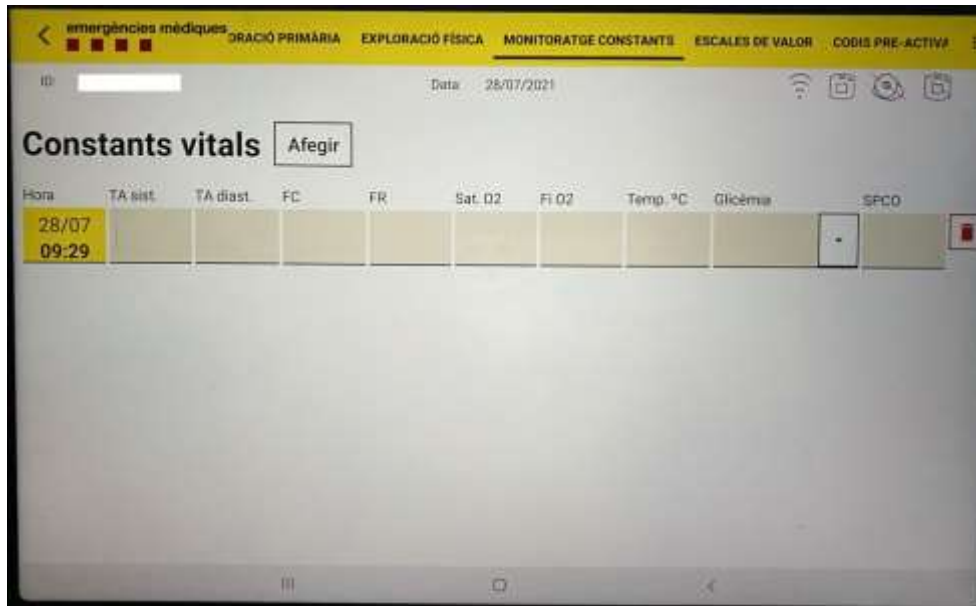
PESTAÑA EXPLORACION PRIMARIA: Más información acerca del estado del paciente, sería el ABCDE, en la imagen se entiende suficientemente bien, no hay mucho que añadir.



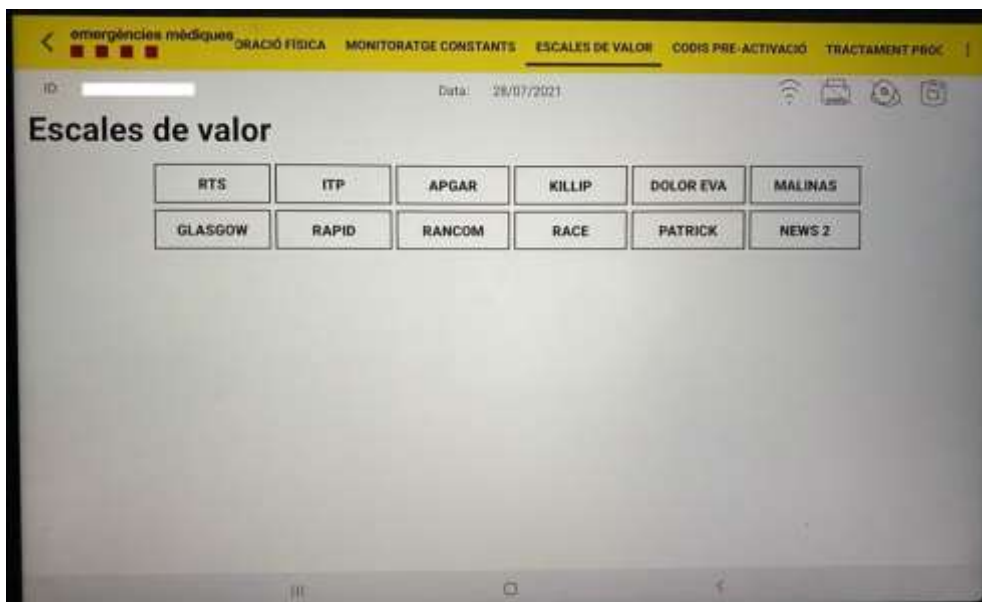
PESTAÑA EXPLORACION FISICA: muy básica, simplemente clicando al tipo de patología traumática que corresponde al paciente y luego en la ubicación del cuerpo afectada.



PESTAÑA MONITORAJE CONSTANTES: aquí será donde anotaremos todas las constantes solicitadas. La imagen es bien clara con lo que se pide. Al clicar añadir, automáticamente queda registrada fecha y hora de la toma.



PESTAÑA ESCALAS DE VALOR: aquí tenemos las diferentes escalas que utilizamos.



La escala **NEWS2** es la última en incorporarse, la verdad es que en pocos pasos obtienes una orientación sobre la detección precoz de gravedad del paciente.

NEWS 2

	3	2	1	0	1	2	3
A - Freqüència respiratòria, FR (rpm)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
B - SpO2 (Escala 1). Escala estàndard	≤91	92-93	94-95	≥96			
SpO2 (Escala 2). Pacient amb ús de CPAP o BIPAP o oxigen crònic domiciliari	≤83	84-85	86-87 amb O2 86-92 aire	88-92 amb O2 ≥93 aire	93-94 amb O2	95-96 amb O2	≥97 amb O2
Respira aire ambient o oxigen:		Oxigen		Aire			
C - TAS (mmHg)	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
C - Freqüència cardíaca, FC (bpm)	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Nivell de consciència				Alerta			Inconscient / Desorientat / Confús*
D - Temperatura (°C)	≤35		35,1-36	36,1-38	38,1-39	≥39,1	

* amb un estat basal conservat
rpm: respiracions per minut, Sp: saturació parcial, TAS: tensió arterial sistòlica, mmHg: mil·límetres de mercuri, bpm: batucs per minut

Cancel·lar Afegir

En la misma pestaña encontramos la **escala de Patrick**, de gran interés a la hora de ampliar información del paciente respiratorio con la central de coordinación o USVA.

PATRICK

0: No utilitza musculatura accessòria
1: Tensió cervical sense enfonsament
2: No utilitza musculatura subcostal
3: Tiratge subcostal marcat
4: Clavicules enfonsades
5: Respiració abdominal

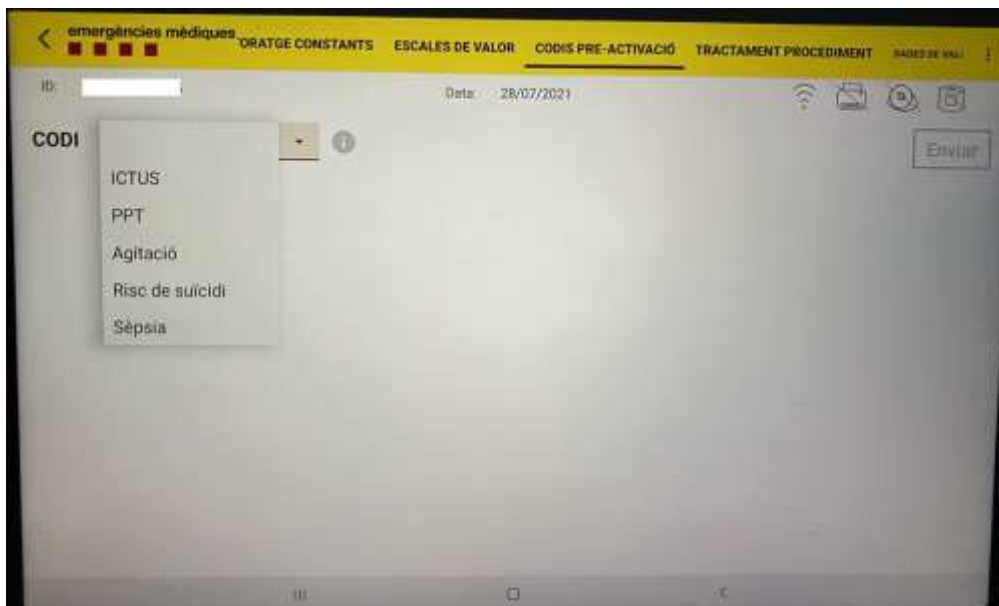
Cancel·lar Afegir

También encontramos la **escala Malinas**, interesante para saber el tiempo disponible orientativo en una gestante. O para informar de un posible parto inminente.

MALINAS	0	1	2
Nº embarassos previs	1	2	> 2
Durada treball de part	< 3 hores	3 - 5 hores	> 5 hores
Durada contraccions	< 1 min	1 min	> 1 min
Interval entre contraccions	> 5 min	3 - 5 min	< 3 min
Trencament bossa aigües	No	< 1 hora	> 1 hora

Buttons: Cancel·lar, Afegir

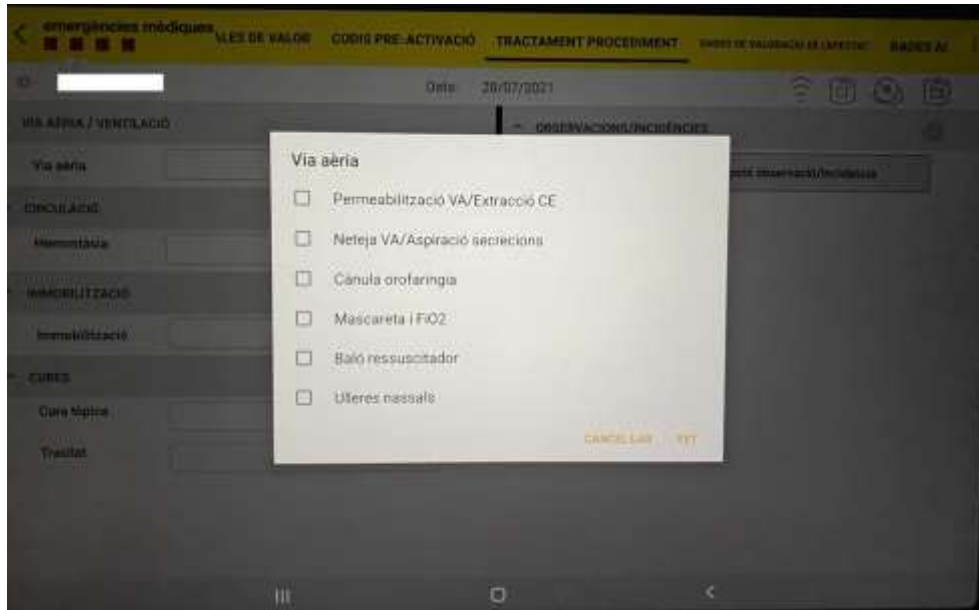
PESTAÑA CODIGOS PRE-ACTIVACION: aquí tenemos los códigos que podemos activar según patología. Los más frecuentes ICTUS y PPT (politrauma), sin olvidarnos nunca de código Riesgo de suicidio.



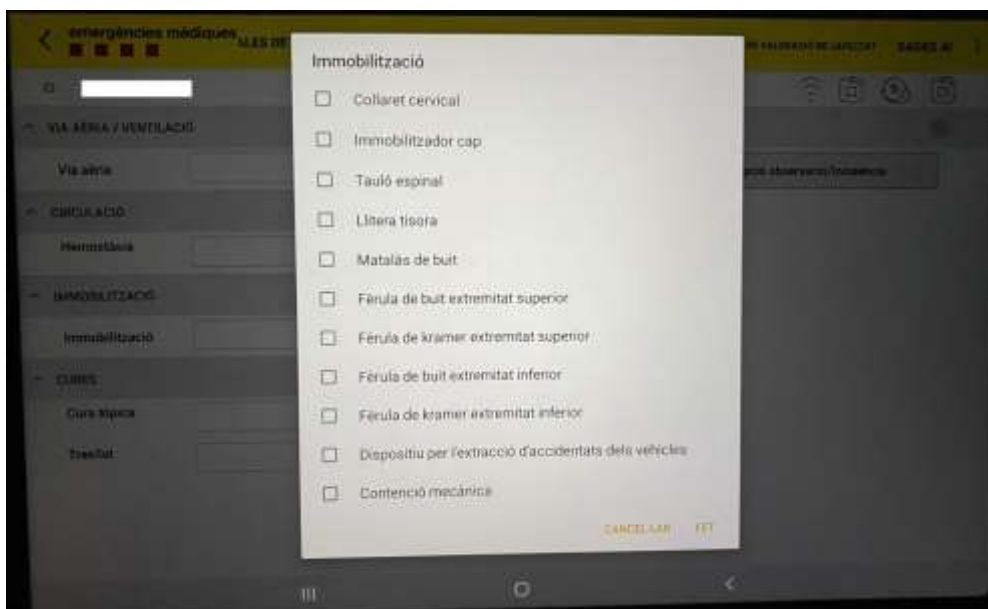
En la pantalla **Código ICTUS**, rellenamos los datos de la imagen, si ya se han tomado constantes, automáticamente aparecerán aquí sin tener que añadirlas de nuevo. Una vez rellenado, se le da a enviar en el momento de iniciar el traslado y la central recibe esa información para hacer si es preciso aviso hospitalario.

PESTAÑA TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO: acciones que realizamos sobre el paciente quedaran reflejadas aquí, vía aérea, hemostasia, inmovilización, cura tópica y traslado.

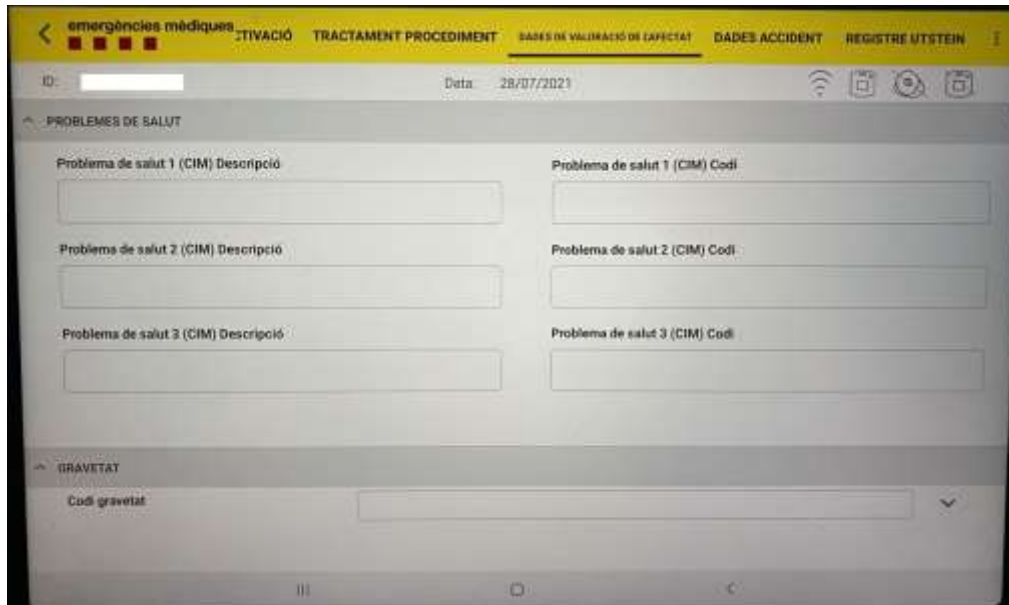
Clicando en la **opción Vía aérea**, nos aparece esta otra pantalla donde seleccionaremos según nuestras acciones: Permeabilización VA / extracción cuerpo extraño, limpieza, aspiración secreciones, cánula orofaríngea, etc...



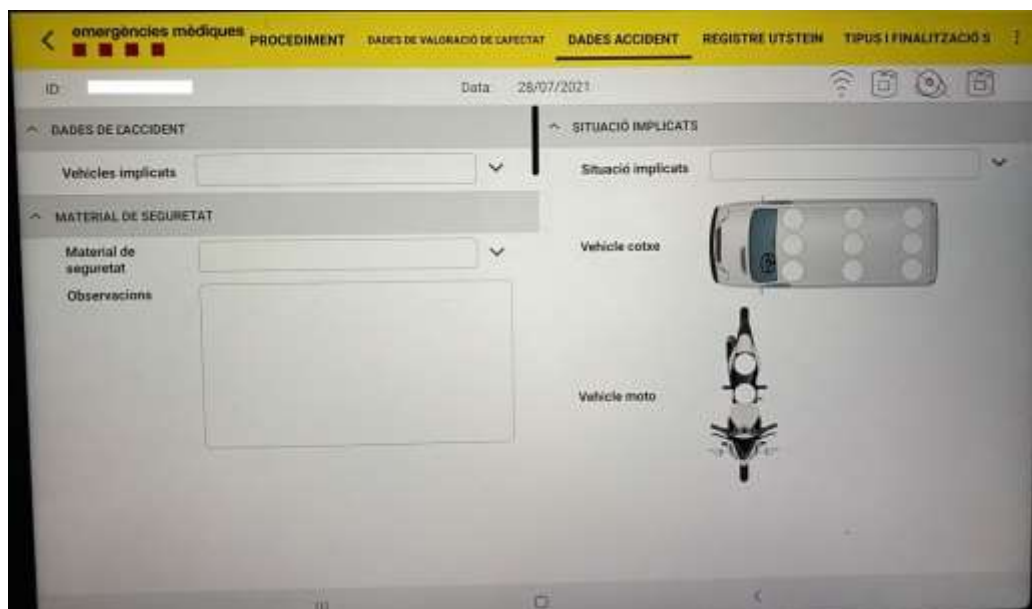
Clicando en **inmovilización**, aparece esta pantalla donde seleccionaremos según asistencia.



PESTAÑA DATOS DE VALORACION DEL AFECTADO: aquí se introduce el código CIE10 y la gravedad del mismo, pudiendo elegir entre: critico, grave, menos grave, leve o exitus.



PESTAÑA DATOS ACCIDENTE: esta pestaña será utilizada en caso de accidente de tráfico para ampliar información del mismo, tipo de vehículo implicado, material de seguridad (casco, cinturón seguridad, airbag...), situación del implicado (peatón, ciclista o pasajero del turismo) y pudiendo clicar también en caso de coche o moto donde estaba ubicado el paciente.



PESTAÑA REGISTRO UTSTEIN: registro de datos en caso de Parada Cardio Respiratoria, formato consensuado con la AHA y la ERC, para unificar la terminología para el estudio internacional de la PCEH (Parada Cardíaca Extra Hospitalaria).

ACR		CRONOLÒGIA	
Presenciada	<input type="text"/>	Hora ACR	Data ACR
Soport vital previ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DEA previ SEM (descripció)	<input type="text"/>	Hora RCP-B	Data RCP-B
En activitat esportiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Hora DEA	Data DEA
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Hora 1a descàrrega	Data 1a descàrrega
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

PESTAÑA TIPO Y FINALIZACION SERVICIO: aquí se anota el tipo de servicio (interhospitalario, urgente, preventivo...), otros participantes (diferenciando si son otras unidades del SEM o si son bomberos, policía, cruz roja etc.... y anotando sus indicativos), en finalización del paciente se indica si es traslado voluntario o no, o si rechaza el traslado, en finalización de la unidad especificamos si es solamente asistencia o asistencia y traslado. También tenemos la posibilidad de describir efectos personales retirados y quien los custodia.

Tipus de servei		Finalització	
Tipus de trasllat	-	Finalització pacient	-
Altres actuants		Finalització unitat	-
Altres actuants SEM	-	Efectes personals	
Altres actuants NO SEM	-	Objectes lliurats/reïrats	
		Identificació receptor efectes	

Estas serían todas las pestañas que actualmente están disponibles y que se deben rellenar según el tipo de servicio y/o asistencia.

Es importante saber que todo lo que aquí se registra, al terminar el servicio se le da a la opción “enviar informe”, y en ese mismo momento, ese informe queda en la historia clínica del paciente y como apuntábamos anteriormente puede ser consultado desde cualquier parte de Cataluña en (HC3). El paciente a su vez puede desde la app o página web de Salud acceder a dicho informe.



Foto: Xavier Blanco

Existe además la posibilidad de enviar durante el traslado un informe previo del paciente y de esa forma el hospital receptor podría consultar las constantes tomadas y saber cómo llega el mismo o podríamos recibir indicaciones médicas etc. En los códigos PPT e ICTUS se suele realizar.

Todo es mejorable, pero este modelo como ejemplo se acerca bastante a nuestra propuesta de informe asistencial. No cabe más que concluir que el informe asistencial, en el que intervenga el TES, es una herramienta de salud que debe estar implantada en todas las CCAA y SEM para la mejora de la calidad asistencial, la seguridad del paciente, evolución sanitaria y profesional, así como para una gestión adecuada de recursos.

CUADRO RESUMEN

JUSTIFICACIÓN DE MOTIVOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL INFORME ASISTENCIAL



Cuadro de elaboración propia. Elvira González

La salud es un derecho humano universal, y los poderes públicos garantes de ello. El informe asistencial es una herramienta para mejorar la salud del ciudadano y por tanto la administración pública debe velar por el cumplimiento de la ley, la mejora en la atención sanitaria y asimismo facilitar los medios para ello. Se está faltando a la ley de cohesión y calidad y estableciendo profesionales y pacientes de primera o de segunda categoría según qué gestor o Comunidad Autónoma tenga asignada esta competencia. Es urgente el abordaje y la implantación del informe asistencial de manera homogénea.

Agradecer al Sistema d’Emergències Mèdiques (SEM), la colaboración, apoyo y la cesión de las imágenes que aparecen en el mismo.