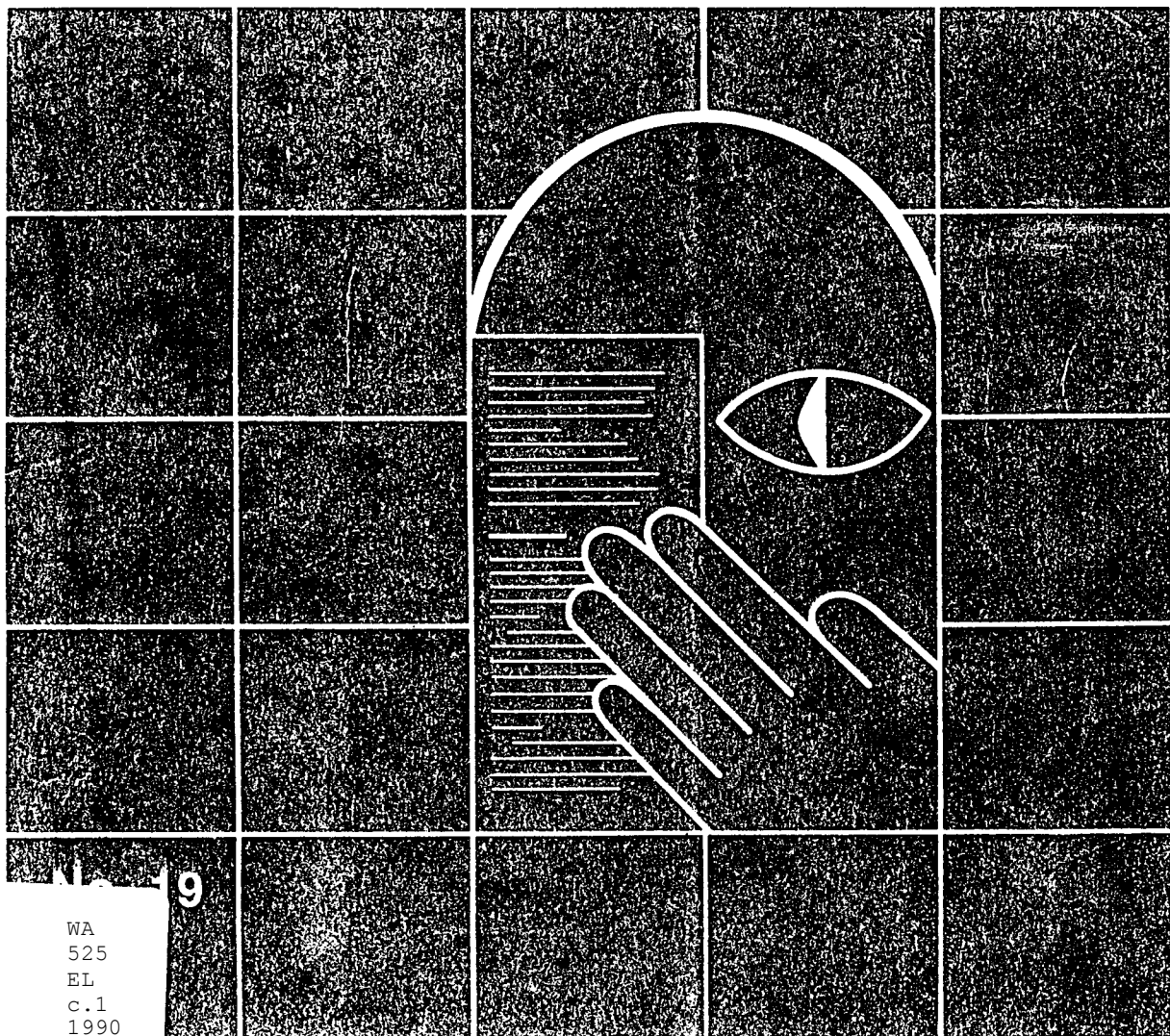


Organización Panamericana de la Salud

El Departamento de Registros Médicos: Guía para su organización.

Serie PAL TEX para técnicos superiores



Introducción

Los hospitales representan un elemento esencial en los sistemas locales de salud. Esto se debe no sólo al papel que juegan en la atención de pacientes que requieren servicios más especializados que los disponibles en los centros y puestos de salud, sino también por el apoyo que ofrecen a estos establecimientos de menor complejidad en cuanto a sistemas de información, funciones gerenciales, desarrollo de recursos humanos, logística e investigación. El Departamento de Registros Médicos es el departamento del hospital que más contribuye a estos dos grandes grupos de funciones - atención de pacientes y apoyo institucional.

Uno de los obstáculos para el funcionamiento adecuado de un Departamento de Registros Médicos y Estadística es la falta de normas y procedimientos escritos.

El Valor de contar con procedimientos escritos

Schacler¹ señala qué procedimientos pueden mejorar la eficiencia y eficacia de una institución porque ayudan asegurar que:

- (1) los trabajadores sepan lo que se *espera de ellos*;
- (2) los trabajadores sepan lo que deben *esperar de otros*, al realizar: el trabajo;
- (3) las unidades y los trabajadores puedan, por lo tanto, *obrar recíprocamente en forma debida*, reduciendo el tiempo que los supervisores deben dedicar a la coordinación directa del trabajo;
- (4) *las políticas puedan cumplirse*, una vez que hayan sido transformadas en instrucciones concretas;
- (5) las prácticas de la institución sean *uniformes y justas*, dependiendo menos en caprichos y perjuicios individuales;
- (6) se reduzcan *errores* de operación, en la medida que éstos se deban a ignorancia o incertidumbre del personal;
- (7) la dependencia de *instrucciones orales se reduzca a un mínimo*, así como el tiempo requerido para darlas y las ambigüedades que éstas puedan transmitir;
- (8) las *normas para la evaluación* del desempeño de funciones - por individuos y por unidades - están disponibles;
- (9) los *conocimientos prácticos no se van* cuando sale personal bien informado;
- (10) la *capacitación de personal nuevo* puede ser más eficiente, ya que la instrucción oral puede ser complementada o reemplazada por el estudio de instrucciones escritas; y
- (11) las *polémicas pueden resolverse* mediante la consulta de documentos, reduciendo la necesidad de arbitraje por gerentes de mayor nivel.

Si bien muchos Ministerios de Salud y establecimientos de salud han reconocido las ventajas de producir manuales de normas y procedimientos, sólo unos pocos han logrado contar con

¹ Schaefer, Morris. *Designing and Implementing Procedures for Health and Human Services*. Sage Human Services Guides, Volume 39. Beverly Hills: Sage Publications, 1985. ¹

2 *El Departamento de Registros Médicos*

dicha documentación. La carencia de estos manuales a nivel de hospital se deben a dos factores fundamenta les:

- Los procedimientos deben traducir metas, objetivos y normas, filosofías y políticas de alto nivel a instrucciones concretas. Esto supone que dichas metas, normas, filosofías y políticas han sido acordadas, lo que en algunos países y hospitales aun no se ha logrado.
- La preparación de procedimientos conlleva conocimientos y tiempo. En muchos de los hospitales que cuentan con personal de registros médicos capacitado, las demandas de las actividades cotidianas impiden que este personal pueda dedicar tiempo a la elaboración de procedimientos.

Los propósitos de la guía

El compromiso de los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud, para desarrollar los sistemas locales de salud y de fortalecer el proceso de descentralización, ha impuesto la necesidad de crear instrumentos que faciliten el logro de estos dos objetivos. A fin de colaborar con los países se ha elaborado este documento.

La presente guía responde al deseo de la OPS de brindar un apoyo a países y establecimientos de salud, sirviendo como punto de partida para la elaboración de manuales de normas y procedimientos. Reúne experiencias de países como Argentina, Brasil, Colombia, Guatemala, Honduras, Perú, República Dominicana y esto se refleja a lo largo del documento. Los propósitos específicos de la guía son:

- ayudar a uniformar criterios sobre conceptos básicos relacionados con los departamentos de registros médicos y estadística;
- proporcionar una orientación concreta sobre el desarrollo del contenido de los manuales a nivel institucional;
- ofrecer un modelo de cómo un manual de normas y procedimientos puede organizarse y manejarse para lograr que sea una herramienta dinámica y útil.

Este último punto tiene una relevancia especial, ya que en varios países algunos hospitales han elaborado, con gran esfuerzo, manuales de normas y procedimientos que posteriormente no han recibido el uso esperado. En muchos casos estos manuales han sido empastados, lo que ha representado un obstáculo no sólo para la disseminación de los procedimientos hasta el punto donde se realizan las funciones, sino también para mantener el manual actualizado.

La organización de la guía

La guía está organizada en 3 partes, las cuales están subdivididas en capítulos y éstos en anexos y apéndices.

La guía consta de las siguientes partes:

- Introducción
- Parte A -- Organización y funciones del Departamento de Registros Médicos y Estadística
- Parte B -- Normas



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- Parte C -- Procedimientos detallados y abreviados
- Glosario
- Notas de transmisión

Los procedimientos referentes a las normas incluidas en el Capítulo 1 de la Parte B se encuentran en el Capítulo I de la Parte C. Si en algún momento se decide preparar un procedimiento abreviado sobre, por ejemplo, el ordenamiento de la historia clínica, éste se incorporaría en la parte C - Capítulo I (Apéndices).

Algunas personas, con toda propiedad, considerarán que la Parte A no corresponde a un manual de normas y procedimientos. Sin embargo, se estimó importante establecer un marco de referencia para el resto del material; explicar qué es el Departamento de Registros Médicos y qué debe esperarse de él. En algunos países esta parte a lo mejor resultará superflua y podrá eliminarse.

Tomando en cuenta la función docente que cumple un manual de normas y procedimientos, a lo largo de las Partes A y B se han incluido aclaraciones de conceptos básicos, usando rayas dobles para separar éstas del resto del texto. El Glosario sirve para el mismo propósito. Si se decide que aclaraciones de este tipo son útiles, habrá que decidir cuál de los dos métodos de presentación conviene más.

Existen muchas ventajas en contar con procedimientos abreviados como los que se encuentran en las apéndices de la Parte C. Estos procedimientos se asemejan al guión de una obra teatral y resulta fácil identificar quiénes tienen responsabilidades para realizar el trabajo y la secuencia en que los pasos han de cumplirse. Cada paso deja claro quién hace qué y cuándo.

Sin embargo, procedimientos abreviados suponen que puntos filosóficos y conceptuales, información técnica, definiciones, detalles para el llenado de formularios están documentados en otra parte y que el personal tiene acceso a ello. Estas condiciones muchas veces no se dan y por lo tanto, la mayoría de los procedimientos incluidos en la guía son procedimientos detallados (Parte C).

Si el manual va a actualizarse, debe existir una manera de comunicar los cambios a las personas que tienen manuales en su poder. Se propone el uso de notas de transmisión para realizar esta función. Estas notas, numeradas consecutivamente, acompañan cualquier material que se envía para actualizar el manual y explican cualquier otro cambio que debe realizarse. El manual contiene un registro para el control de las notas de transmisión.

Cómo usar la guía

Hay que reconocer que la guía es nada más que eso: una guía. Tiene que ser adaptada a la situación local.

El proceso de producir un manual de normas y procedimientos ofrece casi tantos beneficios como el producto en sí. El proceso de preparación, revisión y aprobación de normas y procedimientos ayuda a asegurar que las funciones se analicen con el fin de buscar maneras de mejorarlas y que los cambios en métodos hayan sido cuidadosamente estudiados. Esto no lo puede lograr una persona sola.

El Ministerio u hospital que tiene interés en elaborar un manual de normas y procedimientos basado en esta guía, debe constituir un grupo de trabajo formado por personas que representan los diversos intereses involucrados: personal de registros médicos, enfermeras, médicos, administradores, etc. El grupo de trabajo analizará la guía por partes, aprobando en forma explícita lo que le parece bien, modificando lo que no responde a las experiencias nacionales o que no resulta claro, adecuando la terminología a la usada en el país u hospital y agregando puntos que se hayan omitido.



4 *El Departamento de Registros Médicos*

La participación del grupo es de especial importancia en el análisis de la Parte B, Normas. En algunas partes la guía señala, mediante recuadros, dónde la institución establecerá sus propias normas. Pero en el resto, el grupo de trabajo debe preguntarse: ¿Es esta norma importante? ¿Se está cumpliendo actualmente? Sino se está cumpliendo, ¿Qué hace falta para hacerlo cumplir? ¿Cuán factible es obtener lo que falta? ¿Si los recursos no están disponibles en el momento, ¿Será posible elaborar un programa escalonado destinado a obtener los resultados deseados a más largo plazo? El desafío para el grupo es no incluir una serie de normas que representan una mera aspiración pero tampoco aceptar el statu quo, pensando que nada se puede mejorar.

Consideraciones finales

Un manual de normas y procedimientos nunca se termina. En los establecimientos de salud se aumentan nuevas funciones, se eliminan funciones, las técnicas cambian y el manual debe reflejar esto. Es necesario entonces, no sólo elaborar un manual que es fácil de actualizar, sino también establecer la estructura para realizar revisiones periódicas y diseminar los cambios de material nuevo, efectuar enmiendas a lo existente, y eliminar secciones que ya no sirven del manual que se recibió originalmente. Conviene fijar en una sola unidad o persona la responsabilidad de cumplir los aspectos logísticos de la preparación y diseminación de los cambios en el manual.

No se justifica el esfuerzo de elaborar manuales si éstos no se usan. Debe existir por lo menos un manual completo en el Departamento de Registros Médicos y Estadística. Cada área de trabajo debe contar con una copia de las normas y procedimientos que le atañe. Los supervisores deben usar los procedimientos cuando capacitan al personal, estimulándolos a consultar los procedimientos cada vez que tengan alguna duda. Hay que lograr que los procedimientos se consideren una herramienta indispensable de trabajo.

Agradecimientos

Esta guía ha sido posible gracias a las normas y procedimientos de muchos países, entre ellos, Argentina, Brasil, Colombia, Guatemala, Honduras, Perú, República Dominicana. Se agradece sus contribuciones.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**PARTE A - ORGANIZACION y FUNCIONES DEL
DEPARTAMENTO DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICAS**

1. Finalidad y objetivos

Si ya se han establecido las metas y objetivos del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas, éstos se deben incorporar aquí. De no contar con ellos, se podrán revisar y adaptar lo que figura a continuación.

Los objetivos del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas son:

- Contribuir a la prestación de la mejor atención posible al paciente, dándole una atención pronta y amable y asegurando que su historia clínica única sea exacta, oportuna, confidencial y accesible.
- Proporcionar a la Dirección del hospital información exacta y oportuna sobre los recursos humanos y materiales, y para la determinación de las necesidades presupuestarias.
- Proveer al país la información estadística necesaria para la óptima utilización de los medios con que cuenta en el momento y para la planificación de las necesidades futuras.
- Proporcionar historias clínicas y otros datos al personal de salud para uso en estudios e investigaciones.
- Contribuir a la educación y capacitación del personal médico y otro personal de salud.
- Contribuir a proteger los intereses legales del paciente, del cuerpo médico y del hospital.

2. Funciones

La mayoría de los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas cumplen las siguientes funciones:

- Realizar los trámites administrativos relacionados con la inscripción y admisión de pacientes.
- Realizar la evaluación técnica de las historias.
- Archivar y recuperar (desarchivar) historias clínicas.
- Mantener y conservar las historias clínicas
- Mantener el índice de pacientes
- Mantener otros registros secundarios según sea necesario y requerido.
- Elaborar las estadísticas necesarias para fines intrahospitalarios y para uso nacional.
- Proporcionar información en respuesta a solicitudes para datos sobre el tratamiento brindado a un paciente (certificaciones).
- Colaborar con el cuerpo médico y con otro personal de salud facilitándoles historias clínicas y elatos estadísticos para fines de investigación, evaluación o docencia.
- Colaborar con programas de capacitación.

3. Relaciones intramurales

3.1 Dirección

La actividad de registros médicos y estadísticas tendrá la categoría de departamento y dependerá del Director del hospital.

3.2 Cuerpo médico

- El Departamento brindará apoyo a los comités del cuerpo médico.
- El Departamento colaborará, dentro de los límites de sus recursos disponibles, con médicos individuales en trabajos de investigación que requieren el uso de historias clínicas o datos hospitalarios.
- Los jefes de los departamentos clínicos y el Director del hospital tendrán la responsabilidad de asegurar que los médicos completen sus historias clínicas en forma adecuada y oportuna.

3.3 Enfermería

- El personal de enfermería tendrá la responsabilidad de:
 - Realizar el censo diario de sala;
 - Conservar ordenadamente y en forma completa la historia clínica durante la permanencia del paciente en la sala;
 - Archivar los informes de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento en las historias clínicas de pacientes hospitalizados;
 - Acompañar al paciente desde la Oficina de Admisión hasta la cama;
 - Informar a la Oficina de Admisión inmediatamente que se produzca el fallecimiento de un paciente y solicitar a esa misma oficina la autorización para trasladar el paciente a otra sala.
- Cada establecimiento tendrá que establecer a quién corresponde la responsabilidad de la custodia de los valores que el paciente trae al hospital, especialmente los pacientes en el Servicio de Emergencia.

3.4 Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

- Se colaborará con los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para asegurar un flujo efectivo y oportuno de informes a la historia clínica.
- Los servicios enviarán diaria o mensualmente (según lo convenido) sus informes sobre las actividades realizadas.

3.5 Sala de partos y sala de operaciones

- Estas dependencias proporcionarán informes mensuales de las actividades realizadas.
- Los libros de registro de partos y registro de operaciones, una vez llenos, pasarán al Departamento de Registro de Atención Médica y Estadística donde se conservarán para su consulta posterior.

3.6 Departamento de Abastecimiento (Almacén)

- El almacén será responsable de la conservación, control y entrega de material a todos los departamentos del hospital. Por lo tanto, el Departamento de Registros Médicos y Estadística sólo tendrá que proveer espacio para acomodar el material que se consumirá durante un mes.
- El Jefe del Departamento de Registros Médicos y Estadística tendrá la responsabilidad de estimar el número de formularios de historias clínicas e informes estadísticos que se utilizarán anualmente en el hospital.

3.7 Departamento de Presupuesto y Contabilidad

- Se colaborará con el Departamento de Presupuesto y Contabilidad del hospital proporcionando la información necesaria para realizar sus funciones y para el cálculo de costos.
- El Departamento de Presupuesto y Contabilidad tendrá la responsabilidad de toda recaudación de fondos (cuotas de consulta externa, hospitalización, certificados, etc.)

3.8 Departamento de Personal

- El Jefe del Departamento de Registros Médicos y Estadística deberá colaborar en la selección y evaluación del personal nombrado a su departamento. También recomendará ascensos y capacitación y programará las vacaciones de su personal.

3.9 Departamento de Mantenimiento

- El Servicio de Limpieza proporcionará los servicios de limpieza requeridos.

4. Relaciones extramurales

4.1 Niveles jerárquicos superiores

- El jefe del Departamento de Registros Médicos y Estadística presentará al nivel superior correspondiente, por conducto del Director del hospital, los informes estadísticos requeridos.
- El Jefe del Departamento de Registros Médicos y Estadística recibirá orientación técnica de los niveles superiores.

4.2 Sistema local de salud

El Departamento de Registros Médicos y Estadística hará lo posible por asegurar que los establecimientos de salud que refieren pacientes al hospital (1) cuenten con información actualizada en cuanto a los días de atención, horarios de consulta, requisitos a cumplir para ser atendidos en el hospital y (2) sean enviados en forma oportuna, información sobre la atención que el paciente que fue referido recibió.

El jefe del Departamento de Registros Médicos debe estar alerta a las posibilidades de dar apoyo al personal que realiza funciones de registros médicos y estadísticas en los establecimientos de menor complejidad en su sistema local de salud. Este apoyo puede consistir en dar asesoría, colaborar en la capacitación de personal y en la búsqueda de soluciones a los problemas que les atañen mutuamente.

Cuando al hospital se le haya asignado la responsabilidad de recolectar y procesar información de salud de la zona de su influencia, el jefe del Departamento de Registros Médicos debe velar por la oportunidad y calidad de los datos estadísticos presentados por los trabajadores comunitarios, los puestos y centros de salud además de los datos provenientes del propio hospital.

5. Dependencia y estructura

El Departamento de Registros Médicos es uno de los servicios técnicos de apoyo y depende del Director Médico (o del Sub-Director de Servicios de Apoyo donde existe ese cargo.) NOTA: No es recomendable que el departamento dependa de la rama administrativa del hospital puesto que la mayoría de las relaciones interdepartamentales son con el cuerpo médico, el Departamento de Enfermería y los servicios técnicos de apoyo.

Las Figuras la y lb representan dos ejemplos de la dependencia del Departamento de Registros Médicos dentro del hospital.

El Departamento de Registros Médicos se divide en áreas de trabajo que toman en cuenta las funciones del Departamento y el personal y equipo-requerido para realizarlas. Estas áreas a su vez se pueden agrupar para fines de supervisión. El organigrama en la Figura 2 demuestra como se han agrupado las actividades que requieren un contacto directo con el paciente (admisión), las actividades de tipo oficina (oficina central) y las actividades relacionadas con el archivo de historias clínicas.

6. Áreas de trabajo

Cabe señalar que las áreas de trabajo que figuran a continuación no necesariamente significan locales o personal separado. En un hospital pequeño con muy pocos egresos, puede haber sólo dos personas dedicadas a actividades de registros médicos, ocupando un mismo local. Por otra parte, hospitales grandes pueden contar con mucho personal de registros médicos y varios locales de trabajo. Esto afectará como se organiza la estructura del Departamento aunque las actividades que se realizan y la secuencia que siguen sean iguales en ambos.

Figura 1^a

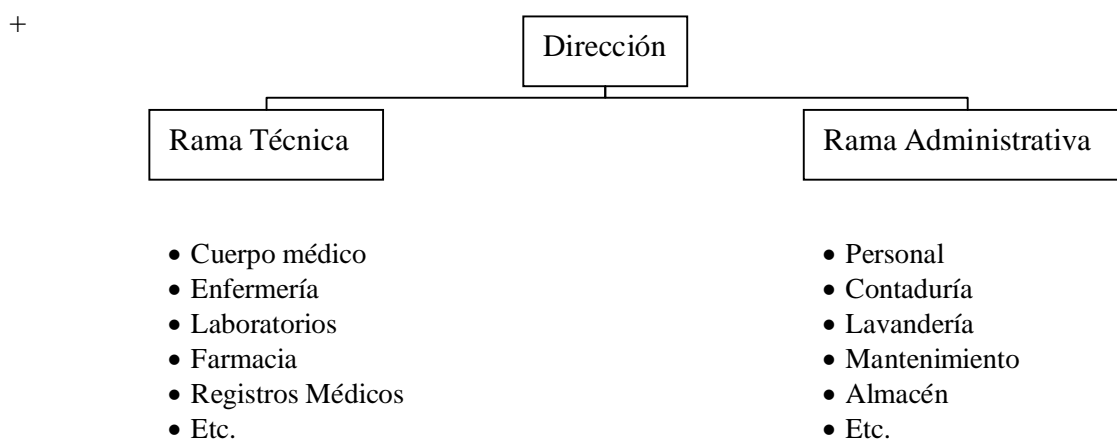


Figura 1b

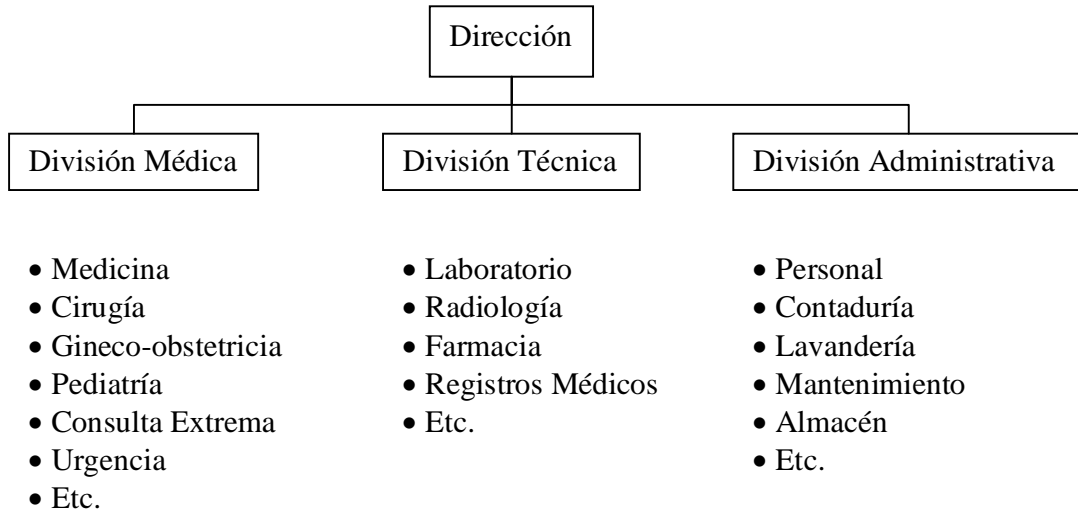
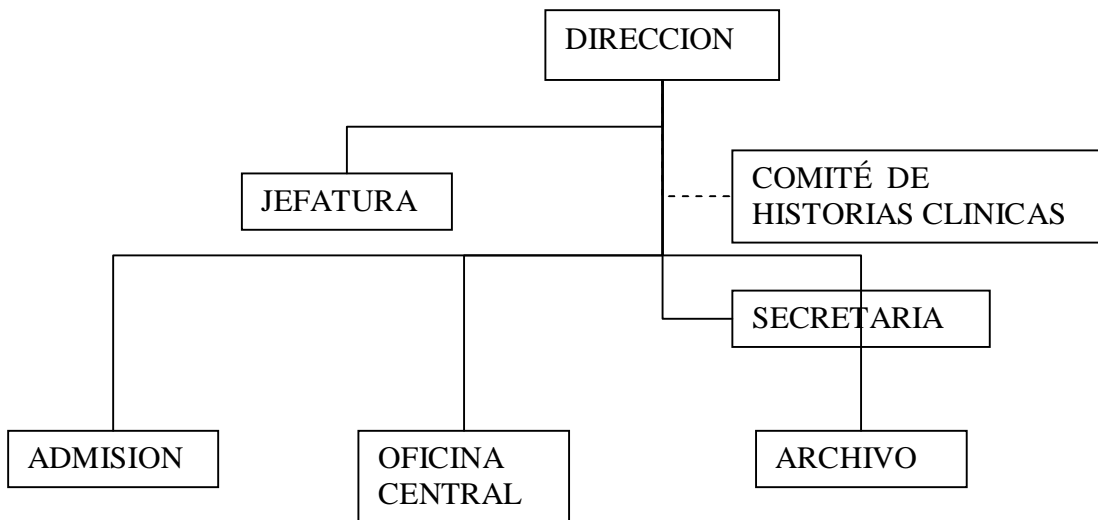


Figura 2



6.1 Admisión

Las actividades correspondientes a la sección de Admisión incluyen:

- Recibir pacientes de consulta externa, hospitalización y, a veces, emergencia.
- Abrir historias clínicas cuando corresponde.
- Entrevistar y llenar los datos de identificación en las historias de pacientes de consulta. externa y de hospitalización y en los formularios de emergencia.
- Mantener el índice de pacientes.
- Mantener el registro de números.
- Realizar los trámites administrativos para la admisión y egreso de pacientes.
- Controlar las camas de hospitalización.
- Brindar al público información sobre el estado del paciente.

6.2 Oficina central

Las actividades de la Oficina Central se pueden agrupar de la siguiente forma:

6.2.1 Evaluación técnica de las historias

Las actividades de esta área son:

- Recibir las historias de pacientes egresados.
- Compaginar historias clínicas de pacientes egresados.
- Revisar historias clínicas de pacientes egresados para asegurar que reúnen las normas establecidas por el cuerpo médico.
- Controlar que las historias se completen.

6.2.2 Codificación e índice de diagnósticos y operaciones

Las responsabilidades de esta área de trabajo son:

- Codificar los diagnósticos y operaciones.
- Asentar los casos en el Índice de diagnósticos y operaciones.
- Colaborar con trabajos de investigación.

6.2.3 Entrega de información a terceros

Las actividades de esta área de trabajo son:

- Preparar certificados para pacientes que les permite justificar ausencias o percibir algún beneficio.
- Copiar historias para satisfacer solicitudes legales.
- Preparar copias e resúmenes de egreso para otros hospitales o establecimientos de salud.

6.2.4 Estadística

Esta área de trabajo tiene la responsabilidad de:

- Recibir, controlar y resumir el censo diario.
- Preparar el registro de ingresos y el de egresos.
- Controlar y resumir datos estadísticos de consulta externa, servicios de apoyo y servicios administrativos generales.
- Preparar tabulaciones e informes requeridos por el hospital y por niveles superiores.
- Calcular indicadores básicos.
- Preparar informes de enfermedades de notificación obligatoria.

6.3 Archivo

Esta área de trabajo incluye las actividades de:

- Archivar y entregar historias clínicas.
- Controlar la salida de historias clínicas del archivo y su devolución.
- Archivar informes de laboratorio, radiología, etc.
- Preparar historias clínicas (prenumerar las carpetas, formularios, etc.)
- Trasladar historias clínicas del archivo activo al pasivo.

6.4 Jefatura

A fin de coordinar las áreas de trabajo antes mencionadas, deberá existir una jefatura de registros médicos con las siguientes funciones:

- Planear, dirigir y controlar las actividades del Departamento.
- Asesorar a otros departamentos (y otras unidades operativas) en el cumplimiento de sus funciones estadísticas y coordinar con ellos para mejorar las historias clínicas y otros servicios que los atañen mutuamente.
- Velar por el abastecimiento oportuno de formularios y materiales.
- Capacitar en servicio el personal del Departamento.
- Realizar programas de orientación para personal de salud en relación con registros médicos y la utilización de indicadores e informes.
- Apoyar actividades relacionadas con estudios e investigaciones.

7. Comité de historias clínicas

La integridad y exactitud de la historia clínica depende de todo el personal que participa en la atención del paciente. El médico tiene la mayor responsabilidad no sólo por los aportes que el mismo hace, sino por sus observaciones sobre las anotaciones de otros miembros del equipo de salud.

El Comité de Historias Clínicas es un Comité del cuerpo médico que tiene la responsabilidad de garantizar la buena calidad de las historias clínicas en el hospital.

Las funciones del Comité de Historias Clínicas son:

- Recomendar normas sobre el contenido de la historia clínica.
- Velar por el cumplimiento de las normas y el adecuado llenado de las historias clínicas.
- Asegurar que se están usando las técnicas más convenientes para archivar, clasificar y

conservar las historias clínicas.

- Presentar a la Dirección recomendaciones sobre cualquier cambio propuesto en los formularios de la historia clínica.
- Servir de enlace entre el Departamento de Registros Médicos y el equipo de salud.

El jefe del Departamento de Registros Médicos debe ser miembro permanente del Comité. Conviene que el Departamento de Enfermería esté representado en el Comité.

8. Personal

El personal que trabaja en el Departamento de Registros Médicos es el elemento más importante para el éxito del Departamento. Debe existir personal suficiente en cantidad y calidad para cumplir con las funciones que se le han asignado al Departamento.

El número y las calificaciones del personal del Departamento de Registros Médicos varía, entre otras cosas, según las funciones que realiza el Departamento, el horario que permanece abierto, la carga de trabajo, los procedimientos, el equipo, la distribución de espacio. A pesar de ello, se pueden señalar las siguientes consideraciones:

- El Departamento de Registros Médicos estará a cargo de un Jefe que deberá tener título de bachiller o maestro y, como mínimo, un curso de auxiliares de registros médicos.
- El resto del personal del Departamento, cuyo número debe estar acorde con el volumen de trabajo, deberán tener como mínimo estudios secundarios.
- Es responsabilidad de cada Jefe de Departamento de Registros Médicos desarrollar un programa para orientar al personal nuevo a sus funciones y para dar capacitación en servicio.
- Para cada cargo en el Departamento deberá existir una descripción escrita que señale las funciones a realizar y los estudios, experiencia y cualidades personales requeridos.
- El Jefe debe asegurarse que para cada función del Departamento haya por lo menos dos personas capacitadas para realizarlas.
- Se realizarán reuniones periódicas del personal para informar sobre nuevas actividades del Departamento y del Hospital y para discutir ideas que por iniciativa y creatividad en el desempeño de sus labores el personal propone.
- Todo el personal cumplirá las normas establecidas para el Departamento de Registros Médicos, las del hospital y las de la Ley de Servicio Civil.
- El personal debe venir correctamente uniformado a su trabajo (si las normas del hospital así lo dictan).
- Todo personal debe referir a su supervisor cualquier pregunta sobre la cual tiene dudas en el desempeño de sus funciones.
- El personal seguirá las vías jerárquicas para comunicar cualquier problema o cualquier solicitud de consideración especial.
- Cualquier cambio de procedimiento debe ser aprobado por el Jefe del Departamento.
- Las vacaciones deberán ser programadas y tomar cada uno del personal el tiempo y fecha que le asignen, evaluando las necesidades.

9. Ubicación y espacio

La eficiencia con que funciona el Departamento de Registros Médicos depende en gran parte de su ubicación dentro del hospital, del espacio que se le ha otorgado y de la distribución del equipo y los muebles dentro del espacio.

9.1 Ubicación

Las funciones del Departamento de Registros Médicos representan el factor más importante para decidir sobre la ubicación del Departamento y la cantidad de espacio destinada a ello.

En una institución de salud hay dos preguntas básicas que se deben contestar para decidir sobre la ubicación de los departamentos/áreas de trabajo que la componen:

- ¿Cuán importante es que el departamento/área de trabajo esté cerca de la entrada (o las entradas) de los pacientes? Vale decir, los departamentos que tienen un alto volumen de contactos con pacientes deben estar situados de tal manera que se reduzca a un mínimo lo que el paciente debe caminar.
- ¿Qué departamentos/áreas de trabajo deben estar cerca unos a otros? Si el flujo de pacientes, personal o papeles entre dos departamentos es grande o si dos áreas de trabajo comparten el mismo equipo, conviene que se ubiquen juntos o lo más cerca posible.

De esto se desprende que los locales destinados a la inscripción de pacientes ambulatorios (consulta externa y urgencia) o a la admisión a hospitalización deben ubicarse cerca de la entrada de dichos pacientes. El archivo activo debe estar cerca de la consulta externa, urgencia y las áreas de admisión y el piso debe ser lo suficientemente fuerte para soportar el peso de las historias (alrededor de 37 kilos por metro de historias), del equipo y del personal. El local donde se realiza la evaluación técnica de la historia clínica debe ser fácilmente accesible a los médicos ya que es deseable que ellos completen sus historias clínicas dentro del Departamento de Registros Médicos.

En la práctica, especialmente en edificios antiguos, puede resultar difícil que todas las áreas de trabajo que componen el Departamento de Registros Médicos formen parte de un solo local o de locales contiguos y es necesario agrupar las áreas según su función y el espacio disponible.

9.2 Espacio

No es posible especificar en un documento general la cantidad de espacio que requiere el Departamento de Registros Médicos ya que además de las funciones que éste realiza deben tomarse en cuenta los siguientes factores:

- la política de la institución en cuanto al periodo de conservación de la historia clínica (el número de historias clínicas y el grosor de éstas determinan la cantidad de espacio que requiere el archivo);
- los procedimientos a usar (toda la historia clínica manuscrita, partes de la historia mecanografiada; índices mantenidos en forma manual o en la computadora);
- la carga de trabajo (número de pacientes nuevos, número de consultas, número de exámenes de laboratorio, número de egresos) y cómo el trabajo está distribuido durante el día (por ejemplo, si se atienden 160 pacientes de consulta externa por día es muy diferente que ellos lleguen 20 por hora, entre las 7 de la mañana y las 5 de la tarde, a que todos se presenten a las 17 cuando se comienza a dar turnos);
- la cantidad y características del equipo y de los muebles (estantería, tarjeteros, terminales de computadora, escritorios);
- el número de personal (según turno, puesto que personas que trabajan en distintos turnos pueden utilizar el mismo escritorio).

Estudios han demostrado que el ambiente físico influye sobre la productividad del personal. Iluminación y ventilación inadecuadas, ruidos que molestan y colores que deprimen, contribuyen a que el rendimiento del personal no sea óptimo. Por lo tanto, toda área de trabajo del Departamento de Registros Médicos, incluso el archivo, deben contar con buena iluminación y ventilación, con niveles de ruido aceptables y con paredes, techos, pisos y ventanas en buen estado de conservación.

9.3 Distribución de espacio

La distribución de espacio debe ser tal que el flujo de trabajo sea lo más eficiente posible. El personal que trabaja junto o que usa el mismo equipo debe colocarse cerca uno al otro. El personal que tiene trato con el público o con personal de otros departamentos debe ser colocado cerca de la puerta o ventanilla. El personal cuyo trabajo requiere mayor concentración debe ubicarse alejado de este movimiento.

Dentro del archivo hay que asegurar que los pasillos sean adecuados (por lo menos 80-90 cm entre la estantería) y lograr que la estantería se coloque perpendicular a las ventanas para aprovechar al máximo la luz y ventilación natural. Debe haber acceso libre a todo estante por lo que no conviene esquinar la estantería.

10. Equipo y materiales

10.1 Equipo

Los equipos, más que simples aparatos, son parte de un sistema de trabajo. Si el equipo es insuficiente o inadecuado, el sistema forzosamente se resentirá. Si el equipo ha sido cuidadosamente elegido para la función que debe cumplir, éste contribuirá para que el sistema marche más eficientemente y para que el personal trabaje con mayor comodidad.

La cantidad de equipo debe ser suficiente para las necesidades actuales y las anticipadas. La falta de suficiente equipo para archivar tarjetas o historias, ocasiona frecuentemente demoras en el archivo y dificultad en obtenerlas, en desgaste del material y en bajo rendimiento del personal.

No debe elegirse equipo para el cual no existe mantenimiento accesible.

10.2 Materiales

Carpetas para la historia clínica, formularios para la historia clínica y para la recolección y procesamiento de las estadísticas, libros y tarjetas para los diversos registros secundarios son los materiales que más se usan y que más afectan en el trabajo del Departamento de Registros médicos. Si estos materiales llegan a faltar o si no reúnen las especificaciones establecidas para ellos, hay repercusiones adversas en el sistema de registros médicos.

Es importante incluir en el presupuesto un rubro específico para estos materiales con el fin de poder programar su adquisición oportuna. Si los recursos no van a ser suficientes como para permitir la compra del material requerido para mantener el sistema actual, hay que establecer prioridades y adecuar el sistema de registros médicos a los recursos disponibles.

Capítulo 1

La Historia Clínica

2. Definición de Historia Clínica

"Historia clínica, para efectos operativos, se entiende como: el conjunto de los formularios en los cuales se registran en forma detallada y ordenada todos los datos relativos a la salud de una persona",

2. Propósitos de la historia clínica

El ejercicio de la medicina moderna requiere que diversos profesionales de la salud contribuyan a la atención brindada al paciente, Estos deberían registrar en la historia clínica la atención otorgada para obtener así un documento íntegro, debidamente identificado, que permitirá dar al paciente atención oportuna y de buena calidad.

Los propósitos de la historia clínica son:

- É Servir como instrumento para planificar la atención al paciente y contribuir para que ésta sea continuada.
- É Proporcionar a un medio de comunicación entre el médico y otro personal de salud que contribuya a la atención del paciente.
- É Proporcionar evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y tratamiento del paciente,
- É Servir como base para el estudio y evaluación de la calidad de la atención prestada al paciente,
- É Proporcionar información para usos de investigación y docencia.
- É Contribuir al sistema de información, proporcionando datos para la programación, control y evaluación de actividades de salud a nivel local, de área, regional y nacional.
- É Ayudar a proteger los intereses legales del paciente, del hospital y del cuerpo médico.

3. Normas para la historia clínica

3.1 Generales

3.1.1 Toda atención brindada a un paciente en el hospital será registrada. Para el paciente atendido en la consulta externa o en el servicio de hospitalización, la anotación se hará en la historia clínica, Para el paciente atendido en el servicio de emergencia, la anotación se hará en el libro de emergencia y, en hospitales que así lo han normado, en la hoja de emergencia.

NOTA: Bajo circunstancias especiales y con la previa autorización de (la División normativa del Ministerio que corresponde), se podría prescindir de la apertura de la historia clínica (pero no del registro de la atención), o de archivar ésta en el establecimiento a grupos seleccionados de la consulta externa. Por ejemplo, pacientes de medicina general atendidos en un consultorio de "filtro" se anotarían sólo en un libro de registros; la madre conservaría la historia de un niño atendido en la consulta externa.

- 3.1.2 La historia clínica será única e incorporará todos los datos con que cuenta el hospital relativos a la salud de la persona. Vale decir, no habrán historias separadas para cada programa/servicio.
- 3.1.3 Las historias clínicas son propiedad del hospital y se archivarán en éste, salvo aquellas historias que se ha normado deberán ser conservadas en el hogar del paciente.
- 3.1.4 Para pacientes referidos o trasladados a otro establecimiento, se llenará una hoja de referencia con datos pertinentes extraídos de la historia clínica u otro registro, enviando con ésta los resultados de laboratorio y exámenes de gabinete efectuados.
- 3.1.5 Se transcribirán de la historia clínica a tarjetas o carnés que se entreguen a los pacientes (o a sus familiares) datos seleccionados (por ejemplo, fecha y dosis de vacuna) que ayudan a asegurar una atención continuada.
- 3.1.6 Sólo personal médico o de servicios técnicos de apoyo tendrá acceso a la historia clínica. Toda persona que tiene acceso a la historia clínica o a datos que forman parte de ella (por ejemplo, informes de laboratorio) o que se derivan de ella (por ejemplo, informes estadísticos), deberá ser informado sobre su obligación de observar el secreto médico. El personal que divulga información de la historia clínica a personas no autorizadas será sancionado.
- 3.1.7 En todo momento, sea en consulta externa, hospitalización u otro lugar, las historias estarán protegidas contra su inspección por personas no autorizadas. Sólo personal del Departamento de Registros Médicos y otro personal expresamente autorizado tendrá acceso al archivo clínico. El archivo se mantendrá cerrado con llave cuando no está atendido.

3.2 Apertura de la historia clínica

- 3.2.1 Basándose en las normas contenidas en el punto 3.1.1, se abrirá una historia clínica a cada persona, incluso los pacientes privados.
 - 3.2.1.1 Al paciente atendido en el servicio de emergencia, se le abrirá una historia clínica sólo cuando se hospitaliza o cuando las normas del hospital lo dictan. La historia se abrirá en el momento que se decide internar el paciente sin importar la ubicación de la cama que ocupa (cama de observación o cama en la sala).

- 3.2.1.2 Se le abrirá una historia clínica individual al recién nacido en el hospital que requiere cuidados especiales. La documentación de un recién nacido normal o de un mortinato se archivará en la carpeta de la madre.
- 3.2.2 Los datos de identificación del paciente que se requieren para abrir la historia clínica serán tomados de un documento de identidad (por ejemplo, cédula de identidad, partida de nacimiento) y mediante una entrevista cuidadosa del paciente por personal de registros médicos, a fin de asegurar que la información sea exacta y completa.
- 3.2.3 Antes de abrir una historia clínica se consultará el índice de pacientes para asegurar que el paciente no tiene una historia anterior de consulta externa o de hospitalización.
- 3.2.4 Con la apertura de la historia clínica se iniciará un carné de identificación/citas y una tarjeta índice de pacientes.

3.3 Contenido de la historia clínica

La historia clínica debe ser un reflejo de la filosofía de atención que se desea prestar y de los recursos disponibles, tanto materiales como humanos.

3.3.1 Normas generales

- 3.3.1.1 Las personas que prestan atención directa al paciente (hospitalizado o de consulta externa) o que preparan informes (laboratorio, rayos X, etc.) que se incorporan en la historia clínica, registrarán sus observaciones junto con la fecha y firma. El registro de los datos de hallazgos, tratamiento y de indicaciones se hará como parte integral del proceso de atención.
- 3.3.1.2 La historia debe ser lo suficientemente detallada para permitir (1) al médico u otro personal de salud brindar al paciente una atención efectiva, continuada, y para poder determinar en una fecha futura cuál fue el estado del paciente en un momento dado y qué procedimientos fueron realizados; (2) a un consultor médico brindar una opinión después del examen del paciente y la revisión de la historia clínica y (3) a otro médico o personal de salud hacerse cargo del paciente en cualquier momento.
- 3.3.1.3 Todos los formularios incorporados a la historia del paciente deben ser identificados con el nombre completo y número de historia clínica del paciente.
- 3.3.1.4 Las anotaciones en la historia clínica deberán ser objetivas. Se prohíbe la inclusión de expresiones despectivas para referirse al paciente o a un personal de salud.
- 3.3.1.5 El uso de abreviaturas o siglas en la historia clínica será limitado a aquellas abreviaturas que figuran en la lista de abreviaturas aprobadas por el hospital. No se permitirá el uso de abreviaturas en los diagnósticos.

3.3.1.6 Las anotaciones en la historia clínica deben ser legibles a toda persona y no sólo a la persona que las registró. La enfermera que no pueda leer una indicación u orden deberá solicitar al médico responsable u otro médico que la escriba de nuevo.

Contenido historia clínica 22

3.3.1.7 Errores en la historia clínica se corregirán pasando una sola línea sobre el error y anotando la fecha y las iniciales de la persona. El dato correcto se anotará lo más cerca posible o en el lugar que corresponde (cuando el error fue anotar en un formulario equivocado o en una secuencia equivocada).

3.3.1.8 Cada anotación realizada por estudiantes de medicina deberá ser refrendada por el médico tratante responsable.

3.3.1.9 Es responsabilidad del médico tratante revisar los aportes de las otras disciplinas que contribuyen a la historia clínica y de comentar sobre éstos, especialmente si los resultados son inesperados (por ejemplo, informes de laboratorio).

3.3.2 Consulta externa

3.3.2.1 Como un mínimo, cada historia de consulta externa debe contener: (1) suficiente información para identificar claramente al paciente; (2) la fecha de la consulta; (3) el motivo de la consulta; (4) hallazgos; (5) tratamiento y recomendaciones; (6) en los casos que compete, el diagnóstico/problema; y (7) la identificación de la persona que brindó atención.

3.3.2.2 Los programas y especialidades establecerán sus propias normas sobre los datos mínimos que deberán anotarse en la historia clínica.

3.3.3 Hospitalización

3.3.3.1. *Datos de identificación* - Estos deberán incluir: apellidos y nombres completos, fecha de nacimiento, sexo, número de cédula, dirección, nombres de los padres, nombre del familiar más cercano. También debe existir un número que identifica al paciente y su historia clínica. Si no se pueden obtener los datos de identificación, la razón deberá documentarse en la historia clínica.

3.3.3.2 *Nota de ingreso* - Será hecha por el médico que ordena la admisión e incluirá el diagnóstico presuntivo.

3.3.3.3 *Anamnesis y examen físico* - El médico responsable realizará y documentará la anamnesis y examen físico dentro de las 24 horas después de la admisión.

La anamnesis deberá incluir el motivo de la consulta, detalles sobre la enfermedad actual, revisión por Sistemas, antecedentes personales, familiares y sociales. La anamnesis será un registro de la información que suministre el paciente o su representante y las opiniones del entrevistador, por lo general, no deberán figurar con ella.

El examen físico deberá contener todos los hallazgos pertinentes que han resultado de una evaluación de todos los sistemas del cuerpo.

23 *Departamento de Registros Médicos*

Cuando un paciente reingresa dentro de 30 días con el mismo problema, puede documentarse en la historia clínica una anamnesis y examen físico abreviados que describen los cambios ocurridos durante el intervalo desde el último ingreso.

3.3.3.4 *Ordenes (indicaciones) médicas* - Cada orden llevará fecha, hora, nombre, firma del responsable. El cuerpo médico normará las disciplinas (por ejemplo, odontología) que podrán escribir órdenes y cuáles órdenes deberán ser refrendadas por el médico de cabecera.

3.3.3.5 *Evolución médica* - En hospitales de corta estancia, el médico deberá escribir una nota de evolución una vez al día como mínimo.

Las notas de evolución deberán proporcionar un informe cronológico pertinente sobre el curso de la enfermedad del paciente y ser suficientes para describir los cambios en la condición de éste y los resultados del tratamiento.

3.3.3.6 *Observaciones de enfermería* - Las notas realizadas por personal de enfermería deberán contener observaciones e información pertinentes y significantes. Debe existir por lo menos una anotación por la enfermera que recibió al paciente en la sala y una anotación que describe la salida del paciente de la sala. Se harán otras anotaciones de acuerdo con la condición del paciente.

Será responsabilidad del personal de enfermería registrar la temperatura y otros signos vitales con la frecuencia establecida por las normas del hospital y las órdenes del médico.

3.3.3.7 *Epicrisis (Resumen de egreso)* - El médico responsable preparará un resumen de los hallazgos y hechos (investigaciones diagnósticas, tratamientos) significativos registrados durante la hospitalización como también los diagnósticos de egreso y las recomendaciones formuladas para la futura atención del paciente.

3.3.3.8 La siguiente información deberá figurar cuando el caso lo requiere:

- *Informes de laboratorio, radiología, etc.* - Los informes de todas las investigaciones diagnósticas realizadas deberán completarse con prontitud y ser archivados en la historia clínica dentro de 24 horas de haberse completado.
- *Informes quirúrgicos* - Deberán ser escritos en la historia clínica por el cirujano una vez terminada la intervención quirúrgica, e incluirán: el nombre del cirujano, nombres de los ayudantes, nombre del anesthesiólogo, tipo de anestesia usado, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico postoperatorio, operación realizada, hallazgos, técnica operatoria usada, tejido extirpado, condición del paciente al finalizar la intervención.

- *Informe del parto* - Los datos relativos al parto y al producto del embarazo serán registrados en la historia clínica en forma completa y exacta antes de salir la madre de la sala de partos. Como mínimo se anotará: fecha y hora del parto; tipo de parto; peso, sexo y condición de cada producto; complicaciones (si las hubiera).

Formularios historia clínica

24

- *Informe de interconsulta* - Toda interconsulta efectuada quedará registrada en la historia clínica, haciendo constar tanto la solicitud como la respuesta.
- *Autorizaciones* - El médico deberá firmar como testigo de toda autorización de tratamiento especial y las declaraciones de retiro voluntario.
 - Antes de someter al paciente a una intervención quirúrgica, el paciente (o su pariente o encargado) debe firmar una autorización que especifica la operación o procedimiento que se le realizará.
 - Cuando debido a la gravedad del caso no se puede obtener dicha autorización deberán registrarse las circunstancias en la historia.
 - La persona responsable del difunto debe firmar una autorización para realizar una autopsia que no sea requerida por razones médico legales.
 - El paciente que se retira por su propia voluntad debe firmar una declaración que libera al hospital de toda responsabilidad.
- *Informe de referencia* - El personal de salud que remite al paciente a otro establecimiento, deberá enviar un informe de referencia que especifica el motivo de la referencia e incluye un resumen de los hallazgos físicos, el tratamiento brindado y los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete, si los hubiera.

3.4 Características de los formularios de la historia clínica

El buen diseño de un formulario ayuda a obtener información más completa, puede reducir el tiempo requerido para el registro de datos y facilitar la recuperación de información. El formulario de historia clínica también puede ayudar a asegurar que se sigan las normas de atención establecidas.

La estandarización de los formularios de la historia clínica ofrece varias ventajas. Además de ayudar a orientar la atención que se brinde, facilita la labor del personal de salud que se traslada de un establecimiento a otro, favorece la recolección de datos homogéneos, puede ofrecer un mejor diseño y la oportunidad de realizar economías con los costos (y mejoras en la calidad) de impresión.

3.4.1. Los formularios de la historia clínica serán de tamaño carta, salvo aquellos formularios como son los informes de laboratorio que pueden ser de tamaño más reducido.

3.4.2 Cada Formulario llevará un título que identifica su contenido.

3.4.3 Cada formulario contará con espacio para registrar los apellidos, nombres y número de historia clínica del paciente. La casilla para registrar el número de historia se colocará en un lugar uniforme en todo formulario.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- 3.4.4 Los formularios impresos de ambas caras deben ser de papel lo suficientemente grueso para que no pase la tinta.
- 3.4.5 Cada rubro en el formulario debe, dentro de lo posible, explicarse por sí mismo y debe contener espacio suficiente para anotar la respuesta esperada.

- 3.4.6 Debe establecerse cómo los formularios se sujetarán y asegurarse que los bordes o márgenes tomen ésto en cuenta.
- 3.4.7 Cada formulario debe contar con un procedimiento escrito que establece quién (o quiénes) tiene(n) la responsabilidad de llenarlo y cómo cada rubro deberá ser completado.
- 3.4.8 Al existir formularios estandarizados por el Ministerio de Salud, será obligatorio usarlos. Los establecimientos que consideran que el modelo aprobado no responde a sus necesidades tendrán que obtener la autorización escrita de la División de _____ del Ministerio para usar otro modelo.

3.5 Ordenamiento

La recuperación de información de la historia clínica se facilita, cuando los formularios se archivan dentro de la carpeta según una secuencia establecida. Para las historias de hospitalización, la secuencia de los formularios mientras el paciente está hospitalizado es distinta a la que se sigue una vez que el paciente haya egresado.

-
-
- 3.5.1 Cada hospital normará la secuencia en que deben ordenarse los formularios de historia clínica de consulta externa y de hospitalización y la incorporará como anexo a este capítulo. (Ver ejemplo en el Anexo 1 de este capítulo.)
- 3.5.2 Las normas de ordenamiento de los formularios se establecerán por escrito, se actualizarán cada vez que se apruebe un nuevo formulario de historia clínica.
- 3.5.3 El hospital normará cuáles formularios de la historia clínica tienen un valor transitorio y pueden destruirse una vez que el paciente egrese del hospital. (Ver ejemplo a continuación.)

En este hospital los formularios de valor transitorio son:

- Hoja de Ingesta y Excreta (ejemplo)
- Control especial de signos vitales (ejemplo)
-

Fecha: _____

3.6 Evaluación técnica de las historias clínicas

La evaluación técnica de historias clínicas consta de dos partes:
Análisis cuantitativo y análisis cualitativo.

El *análisis cuantitativo* es la revisión de las historias con el fin de asegurar que son completas, exactas y reúnen las normas establecidas por la División de __ del Ministerio y por la Dirección del hospital. Es responsabilidad del personal de registros médicos realizar este análisis tanto en historias de pacientes egresados como en las de consulta externa.

El *análisis cualitativo* es la revisión de la historia clínica para asegurar que ésta contiene datos suficientes para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final; que todas las opiniones están debidamente respaldadas y que no existan discrepancias ni errores.

3.6.1 Análisis cuantitativo

3.6.1.1 Toda historia clínica devuelta al Departamento de Registros Médicos, ya sea de la consulta externa o del servicio de hospitalización, será revisada antes de archivarla con el fin de comprobar su integridad y asegurar que se ajuste a las normas establecidas, siguiendo el procedimiento vigente. (Parte e, Capítulo 1, Procedo 1).

3.6.1.2 Es responsabilidad del cuerpo médico completar las historias clínicas dentro de los plazos establecidos. El personal del Departamento de Registros Médicos periódicamente enviará a cada jefe de servicio una lista de las historias incompletas de ese servicio, señalando la fecha de egreso. Problemas persistentes deberán ser notificados por escrito a la Dirección.

3.6.1.3 Para las historias incompletas, se citará a la persona responsable al Departamento de Registros Médicos para completarlas.

3.6.1.4 Las historias que presentan problemas especiales que no pueden ser resueltos por el jefe del servicio clínico, se referirán al Comité de Historias Clínicas o, donde éste no funciona, al Director del Hospital.

3.6.2 Análisis cualitativo

La responsabilidad de la revisión cualitativa de historias clínicas recae en el médico tratante, el jefe de servicio y el Comité de Historias Clínicas.

* Ministerio de Salud, República de Colombia. Registros Médicos e Historia Clínica. Bogotá: Ministerio de Salud, 191\3. Página 34."

Anexo 1

Ejemplos

Secuencia de formularios de la Historia Clínica después del egreso del paciente

1. Informe de Ingreso y Egreso
2. Epicrisis
3. Historia y Examen Físico
4. Evolución
5. Ordenes Médicas
6. Informes de Laboratorio
7. Informe de Anestesia
8. Informe Quirúrgico
9. Informe de Anatomía Patológica
10. Gráfica de Temperatura
11. Medicamentos
12. Notas de Enfermería

Durante la hospitalización

1. Gráfica de Temperatura
2. Ordenes Médicas
3. Evolución
4. Informes de Laboratorio
5. Informe Quirúrgico
6. Informe de Anestesia
7. Informe de Anatomía Patológica
8. Notas de Enfermería
9. Hoja de Medicamentos
10. Historia y Examen Físico
11. Epicrisis
12. Informe de Ingreso y Egreso

Capítulo II

Manejo de la Historia Clínica

Todos los esfuerzos que se dedican a crear una historia clínica completa y fidedigna serán en vano si ésta no está disponible cuando se requiere para la atención del paciente, para la investigación o para otros usos.

En esta sección se incluyen normas para la identificación y archivo de las historias clínicas, como también para los registros secundarios que facilitan el acceso a la historia clínica y a la información contenida en ella.

1. Inscripción y admisión

Las normas sobre la inscripción y admisión de pacientes e información sobre su estado son:

- 1.1 Toda persona será recibida en forma cortés, respetando dignidad, intentando buscar solución a sus problemas y asegurando que haya entendido las instrucciones que se le han dado.
- 1.2 Las entrevistas para la obtención de datos de identificación se llevarán a cabo manteniendo la mayor privacidad posible.
- 1.3 Todo paciente será apropiadamente documentado, de acuerdo con las normas vigentes, a la brevedad posible.
- 1.4 El llenado de los formularios de admisión se basará, dentro de lo posible, en los documentos de identidad del paciente.
- 1.5 Es responsabilidad del personal de admisión completar los datos de identificación pendientes de los pacientes hospitalizados.
- 1.6 Todo formulario de admisión se llenará en forma completa, exacta y legible.
- 1.7 Se mantendrá permanentemente actualizado el control de camas ocupadas y desocupadas.
- 1.8 Se mantendrá permanentemente actualizado las listas de pacientes hospitalizados y su estado (condición).
- 1.9 Personal de información se limitará a informar el estado del paciente, refiriendo toda otra pregunta a la sala o el médico tratante. Le queda expresamente prohibido comunicar el diagnóstico del paciente.

- 1.10** Personal de Admisión extenderá permisos para visitas extraordinarias a pacientes, basándose en los procedimientos vigentes.
- 1.11** Se notificará inmediatamente, por vía telegráfica, el fallecimiento de un paciente cuando éste no haya sido comunicado en forma verbal (en persona o por teléfono) por el médico que confirmó la muerte. (Ver procedimientos).

2. Numeración de la Historia Clínica

El propósito de la numeración de historias es (1) .facilitar la identificación de los documentos relativos a una persona, característica importante en el caso de nombres idénticos o similares; (2) agilizar el proceso de archivo; 3) ayudar a conservar el carácter confidencial de las historias.

Para la mayoría de hospitales, se entiende por numeración la asignación de un número permanente de historia a un paciente que acude por primera vez a un hospital, de una serie de números controlados por el Departamento de Registros Médicos del Hospital. Las normas que figuran a continuación se refieren a esta situación. Hospitales de seguridad social por lo general usan el número de filiación para identificar las historias Clínicas y las normas deberán reflejarlo.

- 2.1** Cada hospital contará con su propia serie de números de historia clínica. Esta numeración será única (no será separada ni por sexo del paciente ni por programa) y continua (no se iniciará una nueva serie a comenzar cada año o al llegar a un número determinado).
- 2.2** Los hospitales adoptarán una numeración de seis (o más) dígitos. No se usarán prefijos o sufijos alfabéticos o numéricos.
- 2.3** El número de historia será asignado por el personal de Admisión en el momento que se abra la historia clínica.
- 2.4** La numeración de la historia clínica será individual y única. A cada paciente que se le abre una historia clínica se le asignará el próximo número de la serie que controla el hospital.
- 2.5** Antes de abrir una historia clínica se consultará el índice de pacientes para asegurar que el paciente no tiene una historia en el hospital.
- 2.6** Cuando se asigna mas de un número a un paciente, se conservará uno, por lo general el primero, y los demás se anularán de acuerdo con el procedimiento establecido.
- 2.7** Las historias que pasan al archivo pasivo lo harán con el número que tienen. Vale decir, NO se asignará un nuevo número a las historias que pasan al archivo pasivo ni se anularán los números de estas historias.
- NUNCA se usarán de nuevo los números de historia clínica de pacientes fallecidos o de pacientes cuyas historias se encuentran en el archivo pasivo.

3. Índice de pacientes

El índice de pacientes es un archivo permanente que identifica las personas que han sido atendidas en el hospital y las historias clínicas que se han creado para ellas. Actualmente, en la mayoría de los hospitales el índice de pacientes es un catálogo de tarjetas archivadas en orden alfabético. Sin embargo, este archivo también puede mantenerse en una computadora.

Cuando el índice de pacientes está computarizado, las normas deben especificar la frecuencia con que se prepararán listados o microfichas para uso cuando la computadora está fuera de servicio.

- 3.1 Cada hospital mantendrá un índice de pacientes. Cada historia clínica tendrá su correspondiente tarjeta índice (o un registro en el caso que el índice sea computarizado).
- 3.2 El índice debe contener suficiente información para poder identificar al paciente. Las tarjetas índices deberán contener los siguientes datos: número de historia clínica, nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, sexo, nombre de los padres, número de cédula, fecha de inscripción.
- 3.3 El índice de pacientes debe ser perpetuo, pudiéndose retirar a un archivo pasivo las tarjetas índice correspondientes a historias clínicas que se han destruido. Cuando no existe la posibilidad de contar con el equipo y espacio indispensable para la conservación de las tarjetas índices pasivas, éstas podrán eliminarse.
- 3.4 El índice de pacientes será único en cuanto a sexo, servicio, año de apertura de la historia clínica.
- 3.5 El índice de pacientes debe estar accesible a personal autorizado durante las 24 horas del día. Si no se cuenta con personal de registros médicos durante las 24 horas, debe designarse otra persona, por cargo, quien consultará el índice de pacientes en los casos que la historia clínica se necesite con urgencia.

En este hospital el Director ha designado las personas que ocupan los siguientes cargos:

Fecha: _____

- 3.6 Los datos registrados en el índice de pacientes serán basados en los datos contenidos en la historia clínica; la tarjeta índice de pacientes no debe contener información que no figura en la historia clínica.

- 31 *El Departamento de Registros Médicos*
- 3.7 Sólo personal que se haya comprobado que domina las normas de archivo del hospital podrá archivar en el índice de pacientes.
- 3.8 Las tarjetas se archivarán según normas escritas. (Ver procedimiento).
- 3.9 Todas las tarjetas índices deben quedar archivadas en el día en que se abrió la historia clínica y posteriormente no se retirarán por ningún motivo.
- 3.10 Sólo personal autorizado podrá consultar el índice de pacientes, previo a un adiestramiento sobre sus responsabilidades al respecto.
- 3.11 Se asegurará que todas las tarjetas del índice de pacientes tengan exactamente las mismas dimensiones a fin de agilizar el proceso de archivo y de consulta y de evitar el desgaste de las tarjetas. Las tarjetas no excederán 12.5 x 7.5 cm.
- 3.12 La capacidad de los tarjeteros debe estar de acuerdo con el volumen actual de tarjetas, más el espacio necesario para acomodar por lo menos las tarjetas que se agregarán durante un año.

4. Registro de números

El registro de números es una lista de números correlativos de historia clínica al que se agrega el nombre completo del paciente y la fecha en que se abrió la historia clínica. Los propósitos del registro de números son controlar la asignación de números de historia clínica y permitir conocer a qué paciente le corresponde un número determinado.

Cuando los números son asignados por una computadora dentro del hospital, la computadora elaborará un listado numérico de todos los nuevos números de historia clínica a medida que éstos se asignan. Además, debe mantenerse un grupo de números que pueden asignarse manualmente.

- 4.1 Cada hospital llevará un registro de números en un libro.
- 4.2 La numeración del registro de números deberá hacerse con anticipación, poniendo atención que no se dupliquen u omitan números.
- 4.3 Diariamente se controlará que se hayan anotado los datos para las historias que fueron abiertas.
- 4.4 Cuando se anule una historia, se deben anular del registro de números los datos correspondientes a la identificación del paciente.

5. Organización del Archivo Clínico

Por archivo clínico se entiende el lugar donde se conservan las historias clínicas en forma ordenada y accesible.

5.1 División del archivo

5.1.1 El **archivo** de historias clínicas será **centralizado**, dividido en un **archivo activo** y un **archivo pasivo**.

5.1.2 El traslado de historias del archivo activo al pasivo se hará en forma regular. Las historias se trasladarán al archivo en base a su actividad, tomando en cuenta la última atención del paciente.

5.1.3 Las historias que se retiran del archivo pasivo para la atención de pacientes se reincorporarán en el archivo activo. Las historias que se retiran del archivo pasivo a ser usadas para fines de investigación, docencia, contestar correspondencia, se devolverán al archivo pasivo.

5.1.4 Donde no existe personal de archivo las 24 horas, podrá establecerse un archivo periférico de obstetricia para las historias de embarazadas, manteniendo el control de las historias en el archivo central.

5.2 Método de archivo

Las historias clínicas en el archivo activo se archivarán según el método dígito terminal en los hospitales de más de 150 camas. Los hospitales más pequeños y los de larga estancia podrán usar el método convencional. Las historias en el archivo pasivo se archivarán según el mismo método que se usa en el archivo activo.

5.3 Acceso al archivo

5.3.1 El archivo quedará cerrado con llave cuando no esté atendido por personal del archivo para protegerlo contra la entrada de personas ajenas al servicio.

5.3.2 Deberá designarse, por cargo, las personas que podrán ingresar al archivo cuando éste esté cenado para retirar historias que se requieren con urgencia para la atención de pacientes.

<p>En este hospital, el Director ha designado a las personas que ocupan los siguientes cargos:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Fecha: _____</p>
--

5.4 Manejo del archivo

- 5.4.1 Se promoverá un sistema de citas a fin de agilizar la atención del paciente y de aumentar la eficiencia con que trabaja el archivo. Las historias de pacientes citados se retirarán de los estantes con anticipación. Es función del personal de archivo localizar las historias que no se encuentran en los estantes. (Ver también punto 11, Registro de Citas.)
- 5.4.2 El Departamento de Registros Médicos establecerá y comunicará a los interesados, con cuántos días de anticipación se deben solicitar historias para fines de investigación y docencia.
- 5.4.3 Las historias clínicas anteriores de pacientes hospitalizados se enviarán a la sala tan pronto sea posible después del ingreso del paciente.
- 5.4.4 Las historias clínicas de pacientes egresados no se archivarán hasta que no sean completamente procesadas (compaginación, análisis cuantitativo, codificación, indización, preparación de informes estadísticos).

6. Periodo de conservación

Los periodos de conservación de las historias clínicas en el archivo activo y en el archivo pasivo después de la última atención del paciente se encuentran a continuación:

Años de conservación de la Historia Clínica desde la última atención (Ejemplo)

Archivo	Hospital de Referencia	Hospital Regional	Hospital Local	Hospital Especializado
Activo	5	5	5	5
Pasivo	10	5	5	10
Total	15	10	10	15

7. Control de Historias Clínicas

- 7.1 Ninguna historia podrá salir del hospital salvo con la autorización escrita del Director o, en la ausencia de éste, el que asuma sus funciones. Esta autorización se enviará al Jefe del Departamento de Registros Médicos quien velará por la devolución de la historia al hospital.
- 7.2 Ninguna historia clínica debe salir del archivo sin que se registre su destino.
- 7.3 La persona que teniendo una historia bajo su responsabilidad, entrega ésta a otra persona, debe comunicarlo de inmediato al archivo.
- 7.4 Las historias que salen del archivo para uso con otras partes del hospital deben estar permanentemente accesibles al personal del archivo.

- 7.5 Las historias no deben guardarse en gavetas de escritorios, armarios, portafolios () habitaciones bajo llave.
- 7.6 Toda historia que sale a la consulta externa será devuelta al finalizar la consulta. Se reclamará en el momento aquella que no haya sido devuelta.
- 7.7 Todas las historias de pacientes egresados deberán ser entregadas con el Censo Diario de Pacientes.
- 7.8 Cada hospital normará el número de historias que se podrán retirar a la vez para fines de investigación o docencia y el periodo de tiempo para estudiarlas. Vencido este plazo, la historia se reclamará. Las historias se estudiarán dentro del Departamento de Registros Médicos.

<p>En este hospital, se podrán retirar un máximo de _____ historias a la vez por un período de _____ días.</p> <p>Fecha: _____</p>
--

- 7.9 Toda historia clínica debe archivar en el mismo día que llega al archivo para ser archivada.
8. Archivo de documentos sueltos

Por documentos sueltos se entiende los informes de servicios diagnósticos y terapéuticos brindados a los pacientes y los otros documentos que forman parte de la historia clínica pero que aún no se han incorporado a ella.

- 8.1 El personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento debe asegurar que toda solicitud de análisis o tratamiento cuente con el nombre completo del paciente y su número de historia clínica.
- 8.3 Todo documento suelto (informe de laboratorio, rayos X, etc.) que llega al archivo se incorporará a la historia en el día.
- 8.2 Si el informe que llega al archivo no cuenta con suficiente información para identificar al paciente, el informe se devolverá al servicio (laboratorio, radiología) correspondiente.
- 8.4 Mientras el paciente está hospitalizado, es responsabilidad del personal de la sala archivar estos documentos en la historia clínica.

9. Cuidado de las Historias Clínicas

Por cuidado de las historias clínicas se entiende aquellas acciones que realiza el personal de archivo para reducir la posibilidad del deterioro o extravío de las historias clínicas.

9.1 Las historias clínicas deberán colocarse ordenadamente en los estantes.

9.2 Las historias clínicas demasiadas gruesas para una carpeta, se dividirán en dos o más carpetas. Se indicará en las carpetas que la historia consta de varios volúmenes.

9.3 Si la falta de espacio impide que las historias clínicas se archiven nítidamente, ésto debe comunicarse *por escrito* al Director del Hospital y, por intermedio del Director, a los niveles superiores (especificar).

9.4 Si no puede encontrarse una solución a la falta de espacio, deberá solicitarse a la División de _____ del Ministerio autorización escrita para reducir el periodo de conservación de las historias clínicas.

9.5 Al existir problemas (goteras, ventanas rotas, roedores, polillas) que puedan producir el deterioro de las historias y no encontrar soluciones inmediatas para ellos, el Jefe del Departamento de Registros Médicos deberá comunicarlo por escrito a la Dirección.

9.6 Las historias clínicas serán transportadas únicamente por personal del hospital para reducir la posibilidad de que éstas se extravíen.

10. Registro de emergencias

El registro (libro) de emergencias es un listado cronológico de las personas atendidas en el Servicio de Emergencia. Este registro permite conocer rápidamente la fecha y la hora de llegada y salida de pacientes atendidos en dicho servicio como también el tratamiento brindado. Puede servir, además, como fuente de datos estadísticos tal como la causa de la urgencia (accidente de tránsito, envenenamiento, etc.).

10.1 Cada Servicio de Emergencia deberá llevar un **registro (libro) de Emergencias** donde se asentarán los nombres de las personas atendidas.

10.2 El paciente deberá ser registrado en el momento que llega al Servicio, llenando los demás datos en forma clara, completa y exacta en cuanto éstos estén disponibles.

11. Registro de citas

El registro de citas es un libro o tarjetero en que figura, según la clínica y la fecha de la cita, el nombre y número de historia clínica del paciente citado. Los propósitos del registro de citas son: (1) distribuir la carga de trabajo en la clínica en forma pareja; (2) permitir tomar alguna acción, si fuese indicada, cuando el paciente no vuelve en la fecha citada; (3) permitir que las historias clínicas de los pacientes citados se desarchiven anticipadamente. El anotar la fecha en que el paciente debe volver en el carné de citas de éste, sin dejar una constancia en el hospital, no constituye un sistema de citas.

1.1.1 Se llevará un registro de citas en aquellos programas (por ejemplo, atención prenatal, control de niño sano, tuberculosis, etc.) donde las normas de atención establecen un control periódico.

11.2 En aquellas clínicas que citan al paciente con fecha específica, es responsabilidad del personal de la clínica llevar un registro de citas.

Registros

11.3 La lista de pacientes citados se enviará al archivo con la anticipación establecida por el hospital.

11.4 Las historias se entregarán a la clínica el día de la cita.

12. Registro de ingresos y Registro de egresos

El registro de ingresos y el registro de egresos son listados cronológicos de los pacientes que ingresaron a hospitalización y los que egresaron, por alta o defunción, de cualquier servicio de internación. Estos registros permiten conocer los pacientes que ingresaron o egresaron en una fecha determinada. No constituye un registro de egresos el agregar la fecha de egreso a los datos anotados en el libro de admisión.

12.1 Cada hospital llevará un registro de ingresos y un registro de egresos.

12.2 El registro de ingresos y el registro de egresos se prepararán diariamente una vez que el censo se haya controlado.

13. Registro de defunciones

El registro de defunciones es un listado cronológico de todos los pacientes que fallecieron en el hospital o que fueron declarados muertos en el mismo por un médico del hospital. Es una fuente accesible de datos sobre defunciones y puede usarse como documento para controlar la entrega.

13.1 Cada hospital llevará un **registro de defunciones**.

13.2 Se anotarán en el registro de defunciones todos los pacientes que fallecieron en el hospital o que fueron declarados muertos en el mismo por un médico del hospital.

13.3 En cuanto se tenga noticia de la defunción, se anotará el caso en el registro asentando los datos con que se cuenta en el momento, completando los demás en cuanto estén disponibles.

14. Registro de operaciones

El registro de operaciones es un listado cronológico de las intervenciones quirúrgicas realizadas en el hospital. Sirve como fuente de datos acerca de las operaciones quirúrgicas realizadas.

14.1 Se llevará **un registro de operaciones** en el quirófano y en cualquier otra sala de operaciones (por ejemplo, servicio de emergencia, consulta externa) con que cuenta el hospital. Este registro lo mantendrá actualizado el personal de enfermería.

14.2 Los datos deben anotarse en el registro de operaciones con cuanto termina el procedimiento.

15. Registro de partos

El registro de partos es un listado cronológico de los partos producidos en el hospital. Este registro se lleva en la sala de partos y sirve como fuente de datos acerca de los partos y nacimientos.

15.1 El registro de partos se llevará en la sala de partos y se mantendrá permanentemente actualizado por el personal que asistió al parto.

15.2 Los datos deben anotarse en el registro inmediatamente después de haberse producido el parto.

15.3 Una vez llenos, los registros de partos se mandarían al Departamento de Registros Médicos donde se conservarán en forma permanente.

16. Codificación de morbilidad

Los datos de morbilidad provenientes de hospitales y otros establecimientos de salud cumplen una serie de propósitos. Dentro del establecimiento mismo, la codificación e indización de datos de diagnósticos atendidos facilita la localización de historias clínicas para fines de investigación clínica y administrativa. Cuando estos datos de morbilidad se suman a los de otros

establecimientos, ésto permite obtener información necesaria para la planificación, administración y evaluación de servicios de salud.

La utilización de las estadísticas de morbilidad depende de la exactitud, consistencia e integridad de la codificación. Esto a su vez requiere la cooperación de muchas personas.

1.6.1 El médico tratante (u otro profesional de salud) tiene la responsabilidad de (1) anotar el diagnóstico, síntoma o problema y las operaciones quirúrgicas (incluso la atención de partos) en forma completa y precisa en la historia; (2) hacer dicha anotación al finalizar la consulta externa o en el momento de dar de alta al paciente hospitalizado; (3) indicar cuál es el diagnóstico principal y cuáles son los diagnósticos secundarios.

1.6.2 El personal de registros médicos tiene la responsabilidad de revisar la historia al clínica a fin de asegurar su integridad y que todos los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos hayan sido asentados en el 'Informe de Ingreso y Egreso y que el diagnóstico principal sea razonable a la luz de la información en la historia clínica.

1.6.3 Es responsabilidad del personal de registros médicos solicitar al médico que complete o aclare la terminología usada para expresar los diagnósticos o procedimientos quirúrgicos.

1.6.4 En los establecimientos que cuentan con personal de registros médicos específicamente capacitado para ello, se codificarán los diagnósticos (o problemas) de acuerdo con las normas establecidas por el Ministerio que se encuentran anexas. (Ver Anexo I de este capítulo.)

1.6.5 La codificación se realizará una vez terminado el análisis cuantitativo y se basará en la historia clínica completa, no sólo en el formulario de Ingreso y Egreso.

17. Índice de diagnósticos u operaciones

El índice de diagnósticos y operaciones es una lista ordenada por enfermedades, traumatismos y procedimientos que proporciona los números de las historias clínicas en las que puede encontrarse información sobre estas enfermedades, traumatismos y procedimientos.

El índice de diagnósticos puede ser un catálogo de tarjetas u hojas o puede ser un listado preparado en una computadora.

El propósito principal del índice de diagnósticos y operaciones es facilitar a los investigadores acceso a las historias clínicas correspondientes a las enfermedades o procedimientos requeridos para sus trabajos científicos.

17.1 En los hospitales generales de _____ camas y más, se llevará un **índice de diagnósticos y operaciones**.

17.2 El índice debe estar lo suficientemente actualizado para responder a los requerimientos del hospital.

- 17.4 Debe existir un procedimiento escrito para el manejo del índice de diagnósticos y operaciones.
- 17.5 Si se utiliza un 'tarjetero visible para el índice de diagnósticos, las tarjetas llenas se pasarán a un tarjetero vertical común a fin de ahorrar espacio.
- 17.6 Sólo personal autorizado para ello debe consultar el índice de diagnósticos y operaciones.

Anexo 1

Normas para la Codificación de Morbilidad

1. Clasificación de diagnósticos, síntomas o problemas

- 1.1** Se codificarán todos los diagnósticos (síntomas o problemas en la ausencia de un diagnóstico establecido) y todos los procedimientos que el médico u otro profesional de salud haya colocado en el Informe de Ingreso y Egreso de la historia clínica.
- 1.2** No se codificarán en forma rutinaria los diagnósticos o problemas de consulta externa.
- 1.3** Toda codificación de morbilidad será de acuerdo con la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 9).
- 1.4** El código se seleccionará en base a los volúmenes 1 y 2 de la CIE - 9. Queda prohibido el uso de listas o cuadernos para seleccionar el código.

2. Clasificación doble de algunos términos diagnósticos

Para aquellos términos diagnósticos donde se ha previsto la aplicación de dos códigos para proporcionar información tanto sobre la localización de la manifestación o complicación como sobre un proceso morboso básico más general, *se utilizarán ambos códigos*.

El código de la enfermedad básica, marcado con una cruz (+) en el Índice Alfabético y en la Lista Tabular de la CIE - 9, se anotará en primer lugar y no será identificado con una cruz.

El código de la manifestación o complicación, marcado en la CIE - 9 con un asterisco (*), se anotará después del código de la enfermedad básica y no será identificado con un asterisco.

Ejemplo: Salpingitis gonococica 098.3,614.2

3. Identificación del organismo infeccioso

Donde la Lista Tabular tiene la instrucción "Use código adicional si se desea identificar el organismo infeccioso" y el diagnóstico especifica el organismo, debe usarse este código adicional (041.-0079.-).

Ejemplo: Absceso del glúteo debido a Estafilococo 628.5,041.1

4. Gastroenteritis, enteritis y diarrea

Se supone que la gastroenteritis, enteritis y diarrea son de origen infeccioso salvo que se especifique lo contrario en forma *explícita*.

Gastroenteritis, enteritis y diarrea sin otra especificación se codificarán 009.

5. Causas externas de traumatismo y envenenamientos (Clave E)

No se utilizará la Clave E en la codificación de morbilidad.

6. Clasificación de los accidentes del trabajo según el agente material

Los hospitales y otros establecimientos de salud del Ministerio de Salud *no usarán* esta clasificación de accidentes del trabajo.

7. Morfología de los tumores

Los códigos de morfología de los tumores serán utilizados únicamente por los registros de cáncer y otros departamentos o entidades especializados que necesitan de esta información para su funcionamiento cotidiano.

Los hospitales y otros establecimientos de salud /10 codificarán la morfología de los tumores.

8. Actividad funcional de los tumores

Si algún tumor es activo funcionalmente y esto se ha expresado como parte del diagnóstico, se usará un código adicional para identificar la actividad funcional.

Ejemplo: Hipogammaglobulinemia debido a leucemia linfocítica crónica 204.1, 279.0

9. Códigos de efectos tardíos

La CIE - 9 incluye los siguientes códigos para los efectos tardíos (residuales) de una enfermedad o lesión: 137,138,139,268.1,326,905-909. (Las categorías E929, E969, E977, E989, E999 de la Clasificación Suplementaria E están destinadas a identificar algunas causas de los efectos tardíos.)

Cuando una afección es el efecto tardío de una enfermedad o lesión y se indica la causa del efecto tardío en el Informe de Ingreso y Egreso, además de la afección, se codificará el efecto tardío.

Ejemplos: - Escoliosis debido a poliomielitis 737.3, 138
_ Consolidación defectuosa de fractura, fémur derecho 733.8,905.4
_ Retraso mental, secuela de encefalitis vírica 319, 139.0

10. Usos de quintos dígitos

La CIE - 9 proporciona quintos dígitos para indicar: la manera de diagnosticar la tuberculosis, el tipo de diabetes mellitus (adulto, juvenil), el método del parto, el sitio anatómico en las afecciones osteomusculares y, en la Clave E, el lugar de ocurrencia del accidente.

Estos quintos dígitos *no se usarán*.

11. Definición de términos

En la categoría 632, Aborto retenido, la "defunción fetal temprana" hace referencia a aquella defunción que ocurre antes de 28 semanas completas de gestación.

Subcategoría 65(1.4, Muerte intrauterina, se aplica a las defunciones fetales de 28 semanas en adelante de gestación.

Aparte de las ocasiones en que el diagnóstico lo especifica explícitamente, se considera como "desarrollo fetal excesivo" (subcategoría 656.6) al producto, de un embarazo a término, que pesa 4000gralllos (83/4 libras) () más.

Enfermedad cardíaca hipertensivaö significa una enfermedad cardíaca *debida* a hipertensión. La mención de hipertensión con algunas afecciones cardíacas no deberá interpretarse como una combinación que resulta en una enfermedad cardíaca hipertensivaö. Las palabras onö e öyö no equivalen a ödebido aö.

12. Uso de las claves V

Se usará la clave V25.2, como código único o adicional, para codificar toda esterilización con fines anticonceptivos. Aparte de esto, se usará una clave V como código principal únicamente cuando no es posible codificar un diagnóstico o un síntoma.

13. Las categorías 647 Y 648

Las categorías 647 y 648 son utilizadas para afecciones que usualmente se clasifican en otras partes de la el E pero que pueden ser registradas como complicaciones del embarazo, parto o el puerperio. La interacción de estas afecciones con el embarazo, complica el embarazo o agrava la afección no-obstétrica o constituye la principal razón de la atención obstétrica.

Es criterio del Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud que la sola presencia de algunas afecciones identificadas en la subcategoría de cuatro dígitos deben considerarse como una complicación del embarazo, parto o el puerperio. Las siguientes afecciones, si se registran como actualmente presentes en un caso de embarazo, parto o de puerperio, serán codificadas como una complicación.

Sífilis (647.0)

Infecciones gonocócicas (647.1)

Otras enfermedades venéreas (647.2)

Tuberculosis (647.3)

Paludismo (647.4)

- Rubéola (647.5)
- Otras enfermedades víricas (647.6)
- Toxoplasmosis (647.8 y 130)
- Diabetes mellitus (648.0)
- Disfunción tiroidea (648.1)
- Anemia (648.2)
- Dependencia de drogas (648.3)
- Trastornos mentales (648.4)
- Enfermedades cardiovasculares congénitas (648.5)
- Deficiencias de la nutrición (648.9 y código del 260-266)

14. Categoría 650 - Parto con condiciones completamente normales

Esta categoría incluye *únicamente* el parto espontáneo normal de presentación cefálica (vértice), de feto vivo, de gestación a *término*. El parto puede ser acompañado por una episiotomía, pero excluye cualquier aplicación de fórceps o cualquier otra manipulación para facilitar el parto. Excluye la defunción fetal o más de un feto vivo.

La categoría 650 debe asignarse únicamente cuando no se puede asignar ninguna otra categoría en la sección XI (códigos 630-676). Ningún otro código en la sección puede ser asignado con combinación con el código 6S0.

15. 669.5 Parto con fórceps o ventosa, sin mención de indicación

Esta subcategoría incluye el parto normal, presentación cefálica (de vértice) con la *aplicación de fórceps bajos o extracción por medio de vacío rutinarios* de un feto vivo sin mención de una complicación del trabajo de parto o del parto. No se usa 669.5 si se aplicaron fórceps medios o altos o si la complicación que obligó el uso de fórceps figura y puede clasificarse entre los códigos 651-659.

16. Códigos vagos

Hay que evitar el uso de códigos inespecíficos. Los códigos vagos que figuran a continuación no deben usarse si es posible obtener la información requerida para asignar un código más específico:

- 172.9 Melanoma maligno de la piel, sitio no especificado
- 173.9 Otro tumor maligno de la piel, sitio no especificado
- 541 Apendicitis no calificada
- 669.6 Extracción podálica, sin mención de indicación
- 669.7 Parto por cesárea, sin mención de indicación
- 829 Fractura de huesos no especificados
- 949 Quemadura sin especificación
- V27.9 Producto del parto, sin especificación
- V33 [Recién nacido sano] Doble, sin otra especificación
- V37 [Recién nacido sano] Otro múltiple, sin especificación
- V39 [Recién nacido sano] Sin especificación
- V54.9 Otra atención ortopédica ulterior, sin especificación

Capítulo III

Entrega de información a terceros

1. Normas generales

- 1.1** El hospital debe tener la autorización escrita del paciente antes de entregar a terceros información contenida en la historia clínica. Esta norma no se aplica a: (1) la información que el hospital tiene la obligación legal de proporcionar (por ejemplo, certificados de defunción, denuncia de enfermedades transmisibles, informe de egreso); (2) las solicitudes de información para atender emergencias; (3) el uso de las historias clínicas para fines educativos y de investigación.
- 1.2** El hecho que el paciente se encuentra hospitalizado o que haya egresado no es información confidencial y puede transmitirse a terceros que preguntan por un paciente por nombre, sin la autorización del paciente. El hospital queda en libertad de normal' que no se dará información alguna si ésta pudiera perjudicar al paciente (por ejemplo, pacientes hospitalizados en un centro psiquiátrico).
- 1.3** Queda terminantemente prohibido comunicar los nombres de pacientes a terceros que desean esta información para fines de lucro (por ejemplo, dar los nombres de pacientes fallecidos a empresas funerarias, de pacientes traumatizados a abogados).
- 1.4** El empleado que entrega información médica a personas no autorizadas a recibirla, será sancionado.

2. Comunicaciones a medios masivos de información

El Director del hospital será el responsable de contestar preguntas en relación a pacientes formuladas por reporteros de la prensa, la radio o la televisión.

3. Fines educativos y de investigación

- 3.1** Estudiantes u otro personal de salud que desean hacer uso de las historias clínicas para fines de investigación deberán (1) contar con la autorización escrita del Director del hospital (o de la persona en que él delega esta responsabilidad) y (2) presentar identificación aceptable.
- 3.2** La persona que consulta las historias firmará la autorización, la cual se archivará en el Departamento de Registros Médicos.

4. Autorización para la entrega de información médica

4.1 LI autorización para la entrega de información médica deberá incluir:

- El nombre del hospital que deberá brindar la información.
- El nombre de la persona o institución que deberá recibir la información.
- El nombre completo del paciente, su fecha de nacimiento y dirección.
- El propósito para el cual se requiere la información.
- La naturaleza de la información que se desea y el periodo que abarca.
- La fecha en que se firmó la autorización.
- La firma del paciente o del familiar responsable.

4.2 La autorización debidamente firmada se conservará en la historia clínica con una copia de la información que se entregó.

5. Preparación de certificados médicos

5.1 Si es política del hospital cobrar por la preparación del certificado, será responsabilidad del Departamento de Administración recibir el valor del certificado y preparar el recibo.

5.2 Se llevará un registro de los certificados médicos solicitados.

5.3 Según el tipo de información solicitado, el certificado será preparado por el personal de registros médicos, por el médico tratante o por cualquier otra persona que designe el Director. Los certificados médicos serán firmados por el Director o por la persona que él designe.

5.4 La información que se entrega a terceros autorizados se limitará a aquella necesaria para satisfacer el propósito por el cual se solicitó. Vale decir, no se divulgará información con mi detalle de lo necesario o que abarque periodos que no fueron incluidos en la autorización.

5.5 Si la solicitud para un certificado médico está dirigido a nombre de un médico del establecimiento y él, no el hospital, será pagado por la preparación del certificado, la colaboración del Departamento de Registros Médicos se limitará a la entrega de la historia clínica. Cualquier otro apoyo que se le de al médico tendrá que ser fuera del horario regular de trabajo.

Capítulo IV Estadísticas

Las estadísticas recolectadas y procesadas por el Departamento de Registros Médicos proporcionan a la Dirección del hospital y a los distintos niveles del sistema de salud, la información necesaria para planificar, programar, controlar y evaluar las actividades del establecimiento.

1. Normas generales

- 1.1 El Departamento de Registros Médicos vigilará las actividades estadísticas del hospital y será el punto focal para los datos estadísticos del mismo.
- 1.2 Es responsabilidad de todo el personal de salud registrar los datos que le sean solicitados para permitir que el Departamento de Registros Médicos realice sus funciones.
- 1.3 Los informes estadísticos se presentarán dentro de los plazos establecidos. Es responsabilidad del Departamento de Registros Médicos informar, por escrito, al Director del Hospital el motivo por el cual no se puede cumplir con esta obligación, cuando los informes no se presentarán a tiempo.
- 1.4 Los informes se prepararán a máquina o nítidamente a mano, de forma tal que cada dato sea claramente legible.
- 1.5 La persona que preparó un cuadro o informe tiene la responsabilidad de verificar que éste haya sido mecanografiado correctamente.
- 1.6 Una copia de cada cuadro o informe que sale del Departamento de Registros Médicos quedará archivada en el Departamento.
- 1.7 Los informes mensuales abarcarán el mes completo. Vale decir, del primer día al último día del mes.
- 1.8 Cada hospital llevará un registro tanto de los informes que recibe como los que entrega.

2. Censo diario

El censo diario es el proceso mediante el cual se conoce el movimiento de pacientes hospitalizados y la utilización de las camas de cada sala, cada día.

- 2.1 Diariamente, se realizará el censo diario de pacientes en cada una de las salas de internamiento del hospital. Es imprescindible que la enfermera encargada de realizar el censo obtenga los datos personalmente mediante un *recorrido por cada cama* de la sala.

- 2.2 El día censal se considera igual al día calendario, es decir, abarca el periodo comprendido entre las 0 a las 24 horas (de medianoche a medianoche).
- 2.3 Se llenará un formulario de censo para cada día, inclusive sábados, domingos y días festivos, aun cuando no se haya producido movimiento en la sala.
- 2.4 Se registrarán todas las "entradas" y "salidas" producidas en la sala de hospitalización que se está censando, pero sólo después de efectuadas. Es decir, la "entrada" se anotará en el momento que el paciente ocupe la cama y la salida desde que la desocupe y abandone la sala. El paciente que ingresa directamente al quirófano o a la sala de partos será considerado como ocupando una cama.
- 2.5 Los datos de los censos de las salas se resumirán diariamente por personal de Registros Médicos, debiendo aclarar en el mismo día cualquier discrepancia encontrada.

3. Consulta externa y emergencia

- 3.1 Es responsabilidad del médico llenar el Informe Diario de Consulta Externa y Emergencia.
- 3.2 El Informe Diario de Consulta Externa y Emergencia será entregado al Departamento de Registros Médicos al finalizar el día.
- 3.3 Personal del Departamento de Registros Médicos resumirá los datos del Informe Diario de Consulta Externa y Emergencia diariamente para permitir la preparación de los informes mensuales respectivos dentro de los plazos establecidos.

4. Servicios de apoyo

- 4.1 Cada servicio es responsable de registrar, resumir e informar las actividades realizadas durante el mes y presentar los datos al Departamento de Registros Médicos dentro del plazo establecido por la Dirección del Hospital.
- 4.2 Es responsabilidad del Departamento de Registros Médicos: 1) reclamar los informes pendientes; 2) controlar la exactitud del informe, exigiendo la aclaración cuando sea necesario; 3) elaborar los informes mensuales basados en los informes de los servicios; 4) comunicar a la Dirección del hospital cualquier incumplimiento en la entrega oportuna de los informes de los servicios de apoyo.

5. Informes epidemiológicos

El Departamento de Registros Médicos tiene la responsabilidad de preparar y enviar semanalmente el informe de enfermedades notifica bies, tomando en cuenta los datos contenidos en los formularios de consulta externa, emergencia y hospitalización.

Capítulo 1

La Historia Clínica

A. Procedimiento para análisis cuantitativo de historias clínicas

Objetivo

Lograr una historia clínica completa y exacta, vale decir, una historia que 1) contiene todos los formularios y datos que el caso requiere y 2) no contiene errores o inconsistencias.

Consideraciones generales

1. La historia de todo paciente egresado será revisada por el personal de registros médicos basándose en (as normas establecidas por el Comité de Historias Clínicas.
2. Problemas repetidos que se detectan serán referidos al Comité de Historias Clínicas como también aquellos problemas especiales que el Jefe del Departamento de Registros Médicos considere conveniente.
3. La revisión de las historias de pacientes egresados se limitará al egreso del paciente que se produjo el día anterior. No se revisarán en forma rutinaria las hospitalizaciones anteriores ni la historia correspondiente a la atención ambulatoria.
4. Las omisiones e inconsistencias detectadas en las historias de pacientes egresados se registrarán en el "Formulario de Análisis Cuantitativo" que se destruirá una vez que la historia se haya completado.

I. Procedimiento para historias clínicas de consulta externa

1. Análisis de historias clínicas de consulta externa

- 1.1 Verifique que el formulario de consulta externa u hoja de evolución esté identificada con el nombre completo del paciente y su número de historia clínica.
- 1.2 Verifique que el médico haya registrado una nota y un diagnóstico. Si el paciente no se atendió, debe existir una nota (por ejemplo, "no se presentó", "paciente no contestó al ser llamado", o "no fue atendido").
- 1.3 Verifique que el médico haya firmado la nota.
- 1.4 Para las historias nuevas, verifique que los datos de inscripción estén completos y legibles.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

48 El Departamento de Registros Médicos

- 1.5 Asegure que los informes de exámenes de laboratorio y Rayos X están debidamente anexados (que no estén sueltos).
2. Si faltan datos que son responsabilidad de la consulta externa (clínica), regrese la historia a la clínica, bajo recibo, solicitando que los datos se completen.
3. Mande al encargado de admisión cualquier historia con datos, de inscripciones incompletos o ilegibles.

II. Procedimiento para historias de pacientes egresados

1. Control de la recepción de historias clínicas

- 1.1 Diariamente, utilizando la lista de pacientes egresados, verifique que se hayan recibido todas las historias de los pacientes egresados el día anterior.
 - 1.1.1 Si la historia se recibió, coloque un signo de chequeo en la lista al lado del nombre del paciente.
 - 1.1.2 Si una historia no se ha recibido, reclámela a la sala correspondiente.
 - 1.1.3 Si se llegara a recibir una historia que corresponde a un paciente egresado el día anterior y que no figura en la lista y tampoco en la lista actualizada por el auxiliar que controla el censo, solicite una aclaración de la sala.
- 1.2 Cuando se recibe una historia más de 24 horas después del egreso del paciente, coloque en la lista de egresos la fecha en que la historia fue recibida en vez de un signo de chequeo.
- 1.3 Llene el encabezamiento de un "Formulario de Análisis Cuantitativo" para cada historia recibida. (Si la experiencia demuestra que una gran proporción de las historias que llegan están completas, puede decidirse que se preparará un "Formulario de Análisis Cuantitativo" sólo en la medida que se necesite.)

2. Compaginación de la historia clínica

- 2.1 Compagine la historia clínica colocando los formularios en la secuencia establecida por el hospital. (Si esta función se realizó en la sala, verifique que se cumplió correctamente.)
- 2.2 Si existen varios formularios de un mismo tipo (por ejemplo, notas de evolución, gráficas de temperatura), colóquelas en orden cronológico (la primera fecha primero, seguido por la segunda fecha) en la secuencia que se lee un libro.
- 2.3 A medida que se compagina la historia, retire los siguientes formularios de valor transitorio para ser destruidos:
 - Balance de líquidos (ejemplo)
 - Control de signos vitales (ejemplo)

NOTA: 1:1 Comité de Historias Clínicas establecerá cuáles formularios son de valor transitorio.

2.4 Verifique que *cada* formulario (incluso los informes de laboratorio) esté identificado con el nombre de paciente al que pertenece la historia y con su número de historia clínica.

2.4.1 Si algún formulario corresponde a otro paciente, retírelo de la historia clínica y envíelo a la sala o al archivo para ser incorporado a la historia correspondiente.

2.4.2 Si algún formulario no contiene ni el nombre ni el número de la historia clínica del paciente, cite a la persona responsable (usualmente la secretaria de sala o auxiliar de enfermería) para que pase al Departamento para cumplir con este requisito. (A veces resulta obvio que el formulario corresponde a la historia que se está compaginando "el hospital puede establecer que en este caso la persona que está compaginando la historia agregará los datos de identificación a la hoja. Se comunicará al Jefe del Departamento de Registros Médicos las salas que no están identificando todas las hojas).

2.4.3 Si el nombre del paciente o del número de historia clínica registrado en la hoja contiene algún error, corríjalo después de revisar el contenido del formulario para asegurar que efectivamente corresponde a la historia del paciente.

2.5 Si la historia clínica contiene hojas en blanco, proceda de la siguiente forma:

2.5.1 Si la hoja está completamente en blanco, colóquela en la caja de formularios en blanco que se acumulan para luego enviarlos a las salas para ser usados en otra historia.

2.5.2 Si la hoja está identificada con el nombre del paciente: determine si hace falta en la historia para completarla. (Ver punto 3.1)

2.5.2.1 En caso afirmativo, deje el formulario en su lugar correspondiente.

2.5.2.2 En caso de que no se utilice el formulario en la historia de esa hospitalización, pero puede utilizarlo para atención ambulatoria, colóquelo en la sección de consulta externa de la historia.

2.5.2.3 Si el formulario no se puede usar en esa historia, colóquela en la caja donde se acumula papel borrador.

NOTA: Si el Comité de Historias Clínicas ha establecido que ciertos formularios (por ejemplo, Notas de Enfermería, Indicaciones/Ordenes Médicas) pueden retirarse de la historia clínica y archivarse aparte por un período de 2-3 años antes de ser destruidos, incorpore el siguiente punto.

2.6 Retire los siguientes formularios de la historia clínica:

_____, _____, _____ conservando el orden cronológico dentro de cada tipo de formulario.

2.6.1 Sujete con grapas los formularios que se retiraron de la historia.

2.6.2 Con un plumón/marcador, anote la fecha de egreso y el número de historia clínica en el borde superior del primer formulario del grupo retirado de la historia.

2.6.3 Coloque estos formularios aparte y envíelos al archivo al terminar la jornada.

2.7 Antes de abrochar la historia en la carpeta, verifique que el número en la carpeta coincide con el número de historia clínica registrado en los formularios.

3. Análisis de la historia clínica

El análisis de la historia clínica incluye los siguientes puntos: 1) verifique que la historia contiene todos los formularios requeridos; 2) verifique que los formularios contienen todos los datos requeridos; 3) verifique que la historia contiene todas las firmas requeridas; 4) verifique que la historia no contiene errores o inconsistencias; 5) verifique que se hayan cumplido con ciertos requisitos. El orden en que se verifican estos puntos puede variar pero todos deben ser incluidos.

3.1 Verifique que la historia contiene todos los formularios requeridos. Si falta alguno, regístrelo en el "Formulario de Análisis Cuantitativo".

3.1.1 Formularios básicos

Informe de Ingreso y Egreso, Epicrisis, Anamnesis, Examen Físico, Notas de Evolución, Ordenes Médicas, Gráfica de Temperatura, Notas de Enfermería, más cualquier otro formulario que el hospital considere básico.

NOTA: Los formularios básicos para el Departamento de Maternidad son: Informe de Ingreso y Egreso, Trabajo y Parto, Historia del Recién Nacido (forma parte de la historia de la madre en los casos de recién nacidos normales).

3.1.2 Formularios exigidos por el caso

3.1.2.1 Si el *paciente fue operado*, debe existir un Informe Quirúrgico (salvo que el hospital acepte que ciertos procedimientos se registren sólo en las Notas de Evolución).

3.1.2.2 Si se *administró una anestesia general*, debe existir un Informe de Anestesia.

3.1.2.3 Si el paciente ingresó por el Servicio de Emergencia, debe existir una Hoja de Emergencia.

3.1.2.4 Si se *realizó una biopsia o una autopsia*, debe existir un Informe de Anatomía Patológica. Si falta el informe, anote el número de historia en libro diario para poder reclamar la historia en unas semanas.

3.1.3 Formularios que las órdenes médicas exigen.

Lea las órdenes médicas:

3.1.3.1 Si el médico ordenó una radiografía, un análisis de laboratorio, un electrocardiograma, etc., debe existir el informe correspondiente. Si alguno falta, anote el nombre del análisis y la fecha en que se solicitó en el "Formulario de Análisis Cuantitativo".

3.1.3.2 Si el médico solicitó una interconsulta, el informe debe figurar en la historia. Si falta, anótelos en el "Formulario de Análisis Cuantitativo".

3.2 Verifique que los formularios contienen todos los datos requeridos. Si falta algún dato, regístrelo en el "Formulario de Análisis Cuantitativo".

3.2.1 El *Informe de Ingreso y Egreso* debe contener los datos de identificación del paciente, fecha de ingreso y de egreso, diagnósticos definitivos, tipo de egreso. Si el paciente fue operado, debe figurar un diagnóstico quirúrgico.

- 3.2.2 La *Epicrisis* debe contener un resumen de la hospitalización, los diagnósticos definitivos y las recomendaciones para la futura atención del paciente.
- 3.2.3 El *Informe Quirúrgico* debe contener una descripción de los hallazgos y de la técnica utilizada y los diagnósticos preoperatorio y postoperatorio.
- 3.2.4 Las *Notas de Evolución* deben contener todas las notas requeridas por el Comité de Historias Clínicas, por ejemplo, notas de admisión, postoperatorio, traslado, egreso.
- 3.2.5 Las Órdenes Médicas deben contener una nota dándole de alta al paciente.
- 3.2.6 Las Notas de Enfermería deben contener una nota de admisión y una de egreso. Ambas deben incluir la hora en que se produjo el hecho y en qué condiciones el paciente llegó y salió (caminando, camilla, silla de ruedas).
- 3.2.7 Si el paciente vino referido de otro establecimiento, el médico tratante debe haber completado una contrarreferencia.
- 3.3** Verifique que la historia contiene todas las firmas requeridas. Si falta alguna firma, señálelo en la sección correspondiente en el Formulario de Análisis Cuantitativo y anote el nombre de la persona que debe firmar. (Si se coloca un clip sobre el borde de la hoja donde falta una firma, esto facilita su identificación.)
- 3.3.1 El Informe de Ingreso y Egreso debe estar firmada por el médico tratante (y el Jefe de Sala).
- 3.3.2 Cada nota en la historia clínica debe estar firmada por la persona que la realizó. Ponga especial atención en el Informe Quirúrgico, las Ordenes Médicas y la Notas de Evolución y de Enfermería.
- 3.3.3 Las autorizaciones deberán estar firmadas por el paciente o la persona responsable por él y donde sea necesario, por un testigo que será del personal del hospital.
- 3.4** Verifique que la historia no contiene errores o inconsistencias. Si se detecta alguna inconsistencia, regístrela en el Formulario de Análisis Cuantitativo.
- 3.4.1 Informe de Ingreso y Egreso
- Por el uso que se le da al Informe de Ingreso y Egreso, es especialmente importante que la información sea completa y correcta. Verifique que:
- El número de historia clínica coincide con el número registrado en la carpeta.
 - La edad registrada 1) es el resultado de la resta de la fecha de nacimiento y de la fecha de admisión contenida en la hoja y 2) coincide con lo registrado en la anamnesis y examen físico.
 - El sexo del paciente está correctamente registrado.
 - Los diagnósticos definitivos coinciden con los registrados en la Epicrisis y en el Informe de Anatomía Patológica (si existe).
 - Los procedimientos quirúrgicos registrados coinciden con los que figuran en el Informe Quirúrgico.

- Las fechas de admisión y egreso coinciden con las fechas de admisión y egreso en las Notas de Enfermería, la Gráfica de Temperatura, y las Notas de Evolución y Órdenes Médicas.
- El número de días de estadía (permanencia) es correcto.
- El tipo de egreso coincide con lo registrado en la Epicrisis, la última nota de evolución y de enfermería.

3.4.2 Si el diagnóstico se refiere a un lado del cuerpo, verifique que el mismo lado está registrado en todos los formularios de la historia clínica. (Por ejemplo, si el diagnóstico es fractura expuesta del 1/3 medio del fémur derecho, y ésta fue tratada quirúrgicamente, el Informe de Ingreso y Egreso, el examen físico y los informes de radiología y de operación deben todos referirse a la pierna derecha).

3.5 Verifique que se hayan cumplido con ciertos requisitos

3.5.1 Enfermedades de notificación obligatoria

Si uno de los diagnósticos definitivos corresponde a una enfermedad de notificación obligatoria, verifique que ésta ha sido comunicada a las autoridades correspondientes.

3.5.1.1 Si el diagnóstico de la enfermedad aparece en la nota del médico de consulta externa o de emergencia que ordenó la admisión, la enfermedad puede considerarse como notificada.

3.5.2.2 Si el diagnóstico no aparece en la nota del médico de consulta externa o de emergencia que internó al paciente y no hay una observación en la historia que indique que el caso fue notificado, comunique los datos al auxiliar de registros médicos responsable de dicha notificación y coloque al lado del diagnóstico *Notificado* (fecha) (sus iniciales).

3.5.2 Pacientes referidos

Si el paciente vino referido, verifique que se haya mandado la contrarreferencia o una copia de la Epicrisis al establecimiento que refirió el paciente. En caso de no haberse cumplido con este requisito. Anótelos en el *Formulario de Análisis Cuantitativo* a fin de que el médico responsable lo realice.

3.6 Una vez finalizado el análisis de la historia clínica, coloque sus iniciales al pie del Informe de Ingreso y Egreso. Esto permite identificar la persona que realizó el análisis.

3.7 Revise el *Formulario de Análisis Cuantitativo*

3.7.1 Si no hay un *Formulario de Análisis Cuantitativo* porque la historia no contiene ninguna omisión o error, pase la historia a codificación.

3.7.2 Si el *Formulario de Análisis Cuantitativo* revela que la historia no está completa, archive este formulario encima de los demás formularios de la historia clínica y coloque la historia en la sección del archivo de historias incompletas que corresponde al servicio del que el paciente egresó. Cite al personal que tiene datos que completar en la historia.

4. Terminación de historias clínicas

4.1 Historias incompletas

Una vez analizada, coloque la historia incompleta en el casillero del médico responsable para que él complete la parte que le corresponde. Si otros médicos, enfermeras etc. tienen que agregarle algo a la historia, coloque un tarjetón de reemplazo en los casilleros de estos últimos para que sepan 1) que tienen otra historia que completar y 2) dónde pueden encontrar la historia. También se colocará un tarjetón cuando la historia sale al consultorio o cuando el paciente reingresa.

Si lo único que falta a la historia son informes de laboratorio que tardarán en llegar, envíe la historia al archivo (previa codificación), asentando el número de historia en el libro diario que se usará para solicitar las historias según la fecha que el resultado será informado.

4.2 Datos omitidos

La persona responsable por el informe debe proporcionar los datos omitidos. Si el dato falta porque el examen no se realizó, la persona responsable debe colocar una explicación en la historia. Por ejemplo, *o*Paciente fue retirado por sus padres antes de poder realizar un examen físico*o* *o*Paciente inconsciente - no pudo firmar*o*.

A medida que los datos se completen, táchelos del *o*Formulario de Análisis Cuantitativo*o*.

4.3 Informes de servicios diagnósticos

Es responsabilidad del Departamento de Registros Médicos obtener del servicio diagnóstico (laboratorio, radiología, etc.) los informes que faltan. No hay que olvidar que algunos análisis pueden tardar semanas en completarse, por ejemplo, ciertos cultivos.

4.3.1 Antes de reclamar el informe al servicio diagnóstico, asegure que no ha llegado al archivo. Si el informe se encuentra, incorpórelo a la historia y táchelo del *o*Formulario de Análisis Cuantitativo*o*.

4.3.2 Si el informe no se encuentra, llame al servicio diagnóstico para averiguar si el examen se realizó.

4.3.2.1 Si el examen no se realizó, anote la siguiente observación aliado de la indicación en el formulario Ordenes Médicas o en el Informe Quirúrgico: *o*Según (servicio) no se realizó (fecha) (sus iniciales)*o*.

4.3.2.2 Si el servicio indica que se realizó el examen, solicite una copia del resultado.

4.3.2.3 Incorpore el informe a la historia y tache la observación del *o*Formulario de Análisis Cuantitativo*o*.

4.3.3 Tratándose de exámenes que tardan en informarse, cuando vence la fecha: 1) solicite la historia al archivo; 2) verifique que el informe haya sido incorporado; 3) revise el informe para determinar si el resultado puede modificar el diagnóstico y en tal caso hay que preguntar al médico; 4) si el informe aún no ha llegado a la historia, reclámelo al servicio diagnóstico.

4.4 Un vez que se hayan completado los datos que faltan y aclarado cualquier duda, se puede destruir el "Formulario de Análisis Cuantitativo". La historia está lista para ser codificada y archivada.

5. Contabilización de historias incompletas

5.1 Historias que no han bajado de la sala

Semanalmente revise la lista de pacientes egresados para detectar las historias que aún no han bajado al Departamento y comunique el número al Jefe de Sala. Si se lleva un control por medio de la copia del Informe de Ingreso y Egreso, verifique que el número de hojas para historias que fallan coincide con el número de nombres en la lista cuyas historias no se han recibido. Aclare cualquier discrepancia.

5.2 Historias que han bajado pero no se han completado

Quincenalmente, cuente el número de historias clínicas que cada médico tiene que han permanecido incompletas por más de una semana.

6. Notificación de historias incompletas

Semanalmente (o quincenalmente) informe, por escrito, a cada jefe de servicio (con copia a la Dirección) sobre 1) el número de historias de pacientes egresados que no han bajado al Departamento y 2) el número de historias incompletas que cada médico tiene. Esté preparada para proporcionar los nombres de los pacientes y sus fechas de egreso si esto se solicita.

FORMULARIO ANALISIS CUANTITATIVO

Médico _____ Sala _____
Nombre del Paciente _____
Registro N° _____ Fecha Egr. _____

	Falta	Firma
Sumario	{ }	{ }
Diagnóstico	{ }	
Tratamiento	{ }	
Salida	{ }	
Historia	{ }	
Examen Físico	{ }	{ }
Evolución	{ }	{ }
Registro Operatorio	{ }	{ }
Registro de Anestesia	{ }	{ }
Inf. Anatomía Patológica { }	{ }	
Adm., Trabajo y Parto (F.6)	{ }	{ }
Historia del Niño RN	{ }	{ }
Hoja de Defunción (forma 30)	{ }	{ }

Revisado por

Formulario de Análisis Cuantitativo

Médico _____ Sala _____
Nombre del Paciente _____
Registro N° _____ Fecha Egr. _____

	Falta	Firma
Sumario	{ }	{ }
Diagnóstico	{ }	
Tratamiento	{ }	
Salida	{ }	
Historia	{ }	
Examen Físico	{ }	{ }
Evolución	{ }	{ }
Registro Operatorio	{ }	{ }
Registro de Anestesia	{ }	{ }
Inf. Anatomía Patológica { }	{ }	{ }
Adm., Trabajo y Parto (F.6)	{ }	{ }
Historia del Niño RN	{ }	{ }
Hoja de Defunción (forma 30)	{ }	{ }

Revisado por

Formulario de Análisis Cuantitativo

Médico _____ Sala _____
Nombre del Paciente _____
Registro N° _____ Fecha Egr. _____

	Falta	Firma
Sumario	{ }	{ }
Diagnóstico	{ }	
Tratamiento	{ }	
Salida	{ }	
Historia	{ }	
Examen Físico	{ }	{ }
Evolución	{ }	{ }
Registro Operatorio	{ }	{ }
Registro de Anestesia	{ }	{ }
Inf. Anatomía Patológica { }	{ }	{ }
Adm., Trabajo y Parto (F.6)	{ }	{ }
Historia del Niño RN	{ }	{ }
Hoja de Defunción (forma 30)	{ }	{ }

Revisado por

Formulario de Análisis Cuantitativo

Médico _____ Sala _____
Nombre del Paciente _____
Registro N° _____ Fecha Egr. _____

	Falta	Firma
Sumario	{ }	{ }
Diagnóstico	{ }	
Tratamiento	{ }	
Salida	{ }	
Historia	{ }	
Examen Físico	{ }	{ }
Evolución	{ }	{ }
Registro Operatorio	{ }	{ }
Registro de Anestesia	{ }	{ }
Inf. Anatomía Patológica { }	{ }	{ }
Adm., Trabajo y Parto (F.6)	{ }	{ }
Historia del Niño RN	{ }	{ }
Hoja de Defunción (forma 30)	{ }	{ }

Revisado por

Formulario de Análisis Cuantitativo

B. Evaluación de anotaciones en la historia clínica

Objetivo

Determinar la medida en que los datos solicitados en un formulario están disponibles y son exactos.

Consideraciones Generales

1. Es necesario tener bien claro el objetivo de la evaluación del formulario, por ejemplo, evaluar un nuevo formulario para determinar si su diseño, terminología e instructivo son adecuados; evaluar la integridad y exactitud de los datos que se están recolectando.
2. Para evaluar la integridad y exactitud de los datos registrados no es necesario incluir todos los rubros ya que éstos no contribuyen en igual medida para alcanzar los objetivos perseguidos, por ejemplo, no es necesario incluir el nombre del familiar más cercano cuando el interés es estadístico. Los siguientes puntos pueden ayudar a determinar cuáles rubros deberían ser seleccionados:
 - La calidad de la atención que se brinde o el funcionamiento adecuado del establecimiento se perjudica si este dato no está disponible o no es exacto.
 - Deberá existir una manera razonable para validar la exactitud del dato. Habrán casos en que resulta impráctico validar la exactitud del dato pero sería de utilidad determinar la disponibilidad del mismo. Estos rubros podrán incluirse agregándoles una letra (O) para señalar que solamente se controlará su disponibilidad.
3. Por lo general, la exactitud del dato se establecerá mediante una comparación con información contenida en otros documentos. (En teoría, también se podría consultar con personal bien informado o con el paciente mismo pero esto resulta poco práctico).
4. El número de historias que se incluyen en la muestra dependerá del grado de precisión que se desea.
5. Si varias personas van a intervenir en la recolección de datos para la evaluación, todos deben estar familiarizados con los rubros que se analizarán y haber sido instruidos en las técnicas que se usarán para determinar la exactitud de los datos y en cómo llenar el formulario.
6. Las anotaciones en el formulario se hacen mediante vírgulas (1). Primero se determina si el dato está disponible y después se decide en cuanto a su exactitud. Si la información no está disponible, no se puede controlar su exactitud.

Procedimiento para evaluación de anotaciones en la historia clínica

1. Decida qué rubros se van a analizar y anótelos en columna 1 del formulario "Evaluación de Anotaciones en la Historia".
2. Seleccione una muestra de historias que contienen el formulario que se desea estudiar, eligiéndola al azar de grupos de historias correspondientes a diferentes días de la semana y servicios a fin de reducir la posibilidad de distorsiones.

3. Para cada historia en la muestra, examine el formulario bajo consideración. Determine para cada rubro si hay algo anotado, si no hay nada anotado o no aplica (por ejemplo, código de operación en un paciente que no fue operado) y coloque una vírgula (/) en la columna correspondiente.
4. Si el rubro tiene una anotación, verifique la exactitud de ésta aplicando los criterios establecidos y anote una vírgula (/) en la columna correspondiente. Estos criterios, que variarán según el formulario, deben quedar escritos. (Ver anexo).
5. Para cada rubro determine el porcentaje con datos disponibles:

$$\frac{\text{Número con el dato anotado} \times 100}{\text{Número con el dato anotado} + \text{número con el dato no anotado}}$$

Ejemplo: En 25 Hojas de Hospitalización el número de historia clínica fue anotado 23 veces y 2 veces no fue anotado. El porcentaje disponible es 92%.

$$\frac{23 \times 100}{23 + 2} = 92\%$$

6. Para cada rubro determine el porcentaje de exactitud:

$$\frac{\text{Número con el dato anotado} \times 100}{\text{Número con el dato anotado} + \text{número con el dato no anotado}}$$

Ejemplo: En 25 Hojas de Hospitalización el número de historia clínica fue anotado 23 veces: 20 correctamente y 3 incorrectamente. El porcentaje de exactitud es 87%.

$$\frac{20 \times 100}{20 + 3} = 86,95 \text{ o } 87\%$$

ANEXO 1

Validación de la exactitud de los datos de la hoja de hospitalización

No. Historia Clínica	- Debe coincidir con el número que figura en el folder.
Hospital	- Debe ser el hospital que está informando.
Edad	- (1) Debe coincidir con el resultado de la resta de la fecha de nacimiento de la fecha de admisión y con la edad anotada en la anamnesis. (2) Si la edad está anotada pero no la unidad (horas, días, meses, años) se considerará incorrecto.
Sexo	- Debe coincidir con lo anotado en el examen físico.
Dirección	- No se evaluará la exactitud de este dato.
Fecha de Ingreso	- Debe coincidir con la fecha de ingreso en las notas de enfermería. Si el paciente ingresó directamente al quirófano o sala de partos, y no llegó a la sala hasta el próximo día, la fecha correcta es la de entrada al hospital.
Fecha de Ingreso	- Debe coincidir con la fecha registrada en el informe quirúrgico de la primera operación o en la nota de evolución que describe el procedimiento. Es incorrecto si la fecha corresponde a una operación que no sea la primera.
Fecha de Operación	- Debe coincidir con lo que figura en las notas de evolución y en las notas de enfermería.
Servicio de Egreso	- Debe coincidir con la fecha de egreso en las notas de enfermería o la gráfica de temperatura.
Estancias	- Debe coincidir con el resultado del cálculo de estancias basado en las fechas de ingreso y de egreso correctas.
Diagnósticos	- Los datos en este rubro se considerarán incorrectos en los siguientes casos: (1) Existen diagnósticos en la epicrisis o informe quirúrgico que no figuran en la Hoja de Hospitalización; (2) El diagnóstico no coincide con lo registrado en el informe de anatomía patológica y la epicrisis o las notas de evolución no justifican la discrepancia; (3) el diagnóstico principal no es el que más recursos consumió.
Códigos de diagnósticos	- Este rubro se evaluará únicamente si el hospital está codificando. Para determinar si los códigos son correctos, hay que codificar los diagnósticos de nuevo y comparar los resultados.
Operaciones	- Los datos en este rubro se considerarán incorrectos en los siguientes casos: (1) existen operaciones en la epicrisis, informe quirúrgico o notas de evolución que no figuran en la Hoja de Hospitalización; (2) lo que figura como operación más importante no lo es (por ejemplo, figura la biopsia que se realizó primero en vez de la mastectomía).
Códigos de operaciones	- Este rubro se evaluará únicamente si el hospital está codificando. Para determinar si los códigos son correctos, hay que codificar los diagnósticos de nuevo y comparar los resultados.
Egreso por	- Debe coincidir con lo que figura en las notas de evolución y las notas de enfermería.
Condición al nacer	- Debe coincidir con lo que figura en la hoja de parto.
Sexo del recién nacido	- Debe coincidir con lo que figura en la hoja de parto.
Peso al nacer	- Debe coincidir con lo que figura en la hoja de parto.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)