

PROTOCOSOS HISTORIA CLÍNICA HPM

Dra. Strickler - Pediatra Docente
Dra. Villanueva - Residente Pediatría



Hoja de ruta

- Objetivos
- Definiciones
- Características de la historia clínica
- Sistema de trazabilidad
- Apertura de la historia clínica
- Creación de tomos
- Acceso a la historia clínica
- Registros clínico, contenidos mínimos y responsables
- Solicitud de historia clínica
- Devolución de historia clínica
- Eliminación de historia clínica

Objetivo

- Establecer las **normas básicas** que regulen el registro, gestión y manejo de la HC única e individual en el HPM.
- Contar con un **sistema estandarizado** de registros clínicos y administrativos de los pacientes en el HPM.
- Definir **características del sistema de administración de historia clínica** que permita crear, mantener, conservar, custodiar y eliminar la historia clínica en el HPM.

Historia Clínica (HC)

- Instrumento **obligatorio** en que se registra el **conjunto de antecedentes** relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona, cuyo objetivo es **mantener integrada la información** para el otorgamiento de atenciones en salud.
- Debe existir una HC **única, individual y confidencial** de cada paciente que se atiende en el HPM .
- Puede llevarse en soporte de **papel, digital u otro**.
- La información contenida es considerada **dato sensible**.



Definiciones

Registro de atención clínica: Actividades realizadas al paciente por los integrantes del equipo clínico. Formato papel o digitalizado. Se vincula a través del Registro Único Nacional (RUN).

Dato sensible: Toda la información que surja de la HC, estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas (Ley 19.628 sobre la protección a la vida privada).

Registros complementarios: Registros clínicos que por razones técnicas son resguardados transitoria o permanentemente fuera de la HC. Su vinculación con la HC es a través del RUN.

Conjunto mínimo básico de datos (CMBD): Datos sociodemográficos y otras características que pertenecen a un solo individuo.

Definiciones

Trazabilidad: Sistema computacional que cuenta con los atributos para la ubicación física, y en tiempo real de la HC permitiendo su disponibilidad según se requiera en los procesos asistenciales.

Recepción de HC: Proceso en el cual la HC es **ingresada** a los sistemas informáticos de trazabilidad a través de la digitalización del RUT o N°Ficha

Despacho de HC: Proceso mediante el cual la HC es **despachada** desde la oficina de HC a través de los sistemas informáticos de trazabilidad mediante RUT o N° Ficha hacia el servicio/unidad de destino.

Definiciones

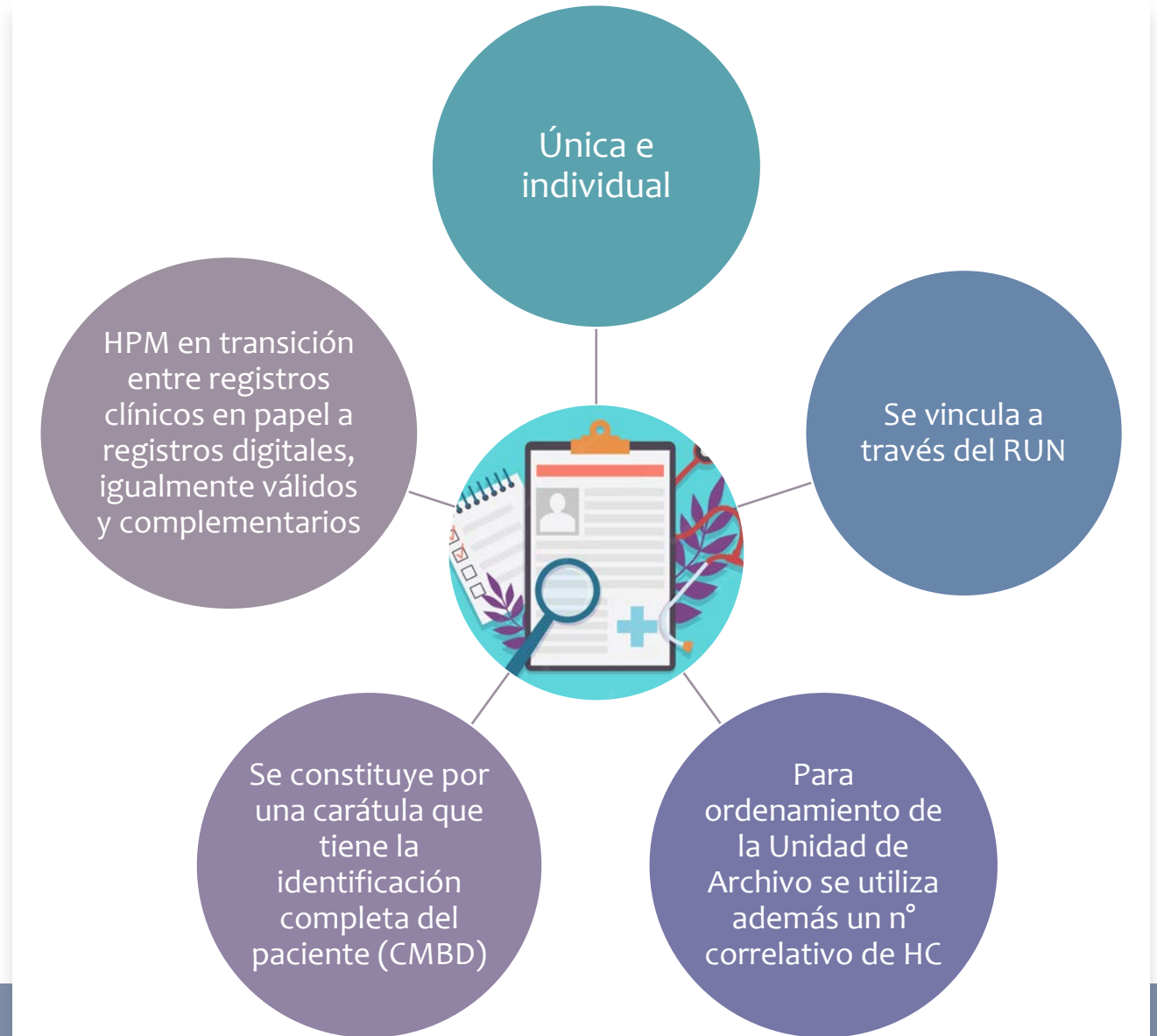
Custodia: Proceso mediante el cual se dispone de una **estructura física** para el resguardo de la HC. Las fichas clínicas deben ser conservadas en condiciones que garanticen el adecuado acceso a las mismas, durante el plazo mínimo de **15 años** desde el último ingreso de información .

Eliminación de HC: Proceso mediante el cual la HC cumple con el plazo de conservación, el prestador podrá eliminarlas a través de los medios propios o ajenos necesarios, que aseguren la confidencialidad de la información y su efectiva destrucción.

Tomos: División física de la HC, cuando supera los 5 cm de alto, formando siempre parte de la HC.

Características de la HC

- Contiene datos sensibles y confidenciales, por lo que es obligatorio para todos los integrantes del equipo de salud, **resguardar la privacidad** de la información (Ley 19.628 y 20.584)
- Todo documento que se adjunte a la HC debe ser en **forma cronológica** y estar **identificado** con el nombre completo y RUN del paciente.
- Debe contener las decisiones adoptadas por el paciente (consentimiento informado, rechazo de tratamiento, solicitud de alta voluntaria).
- Los registros deben ser realizados en forma **clara, legible, vera, con un orden cronológico y la identificación** de las personas que otorgan la atención.



Sistema de Trazabilidad

Es un sistema informático desarrollado por equipo de ingenieros e informáticos del HPM.

Cada HC dispone de un código de barra único que incorpora el RUN asociado al número interno de ordenamiento de la oficina de HC.

Todas las HC se registran en el sistema informático de trazabilidad a la salida de la oficina de HC y a la llegada a la unidad correspondiente.

Permite **localizar en tiempo real** la ubicación de la HC.

Entrega información sobre el número de HC fuera de la unidad, usuario responsable, HC que no se han entregado en el plazo protocolizado, HC despachadas a diario.

Permite identificar el flujo diario de HC.

Apertura de la historia clínica

- La **unidad de admisión** del HPM solicitará la apertura de la HC.
- La **unidad de Archivo** es la responsable de la apertura de HC, a través del **RUN**.
 - En RN y extranjeros sin RUN definitivo se le crea un n° de HC correlativo y se ingresan los datos básicos con los que se cuenta.
 - En pacientes sin identificación (NN) se les creará HC una vez que haya sido identificado.
- La apertura se realiza en sistema informático y se requieren completar los sgtes datos obligatorios:

<i>RUN</i>	<i>Sexo</i>	<i>Nombre de la calle</i>
<i>Nombre completo</i>	<i>Estado civil</i>	<i>N° de dirección</i>
<i>Nombre social</i>	<i>Región</i>	<i>Teléfono celular</i>
<i>Nacionalidad</i>	<i>Comuna</i>	<i>Pasaporte si corresponde</i>
<i>Grupo étnico</i>	<i>Condición ruralidad</i>	
<i>Fecha de nacimiento</i>	<i>Vía: avenida – calle</i>	

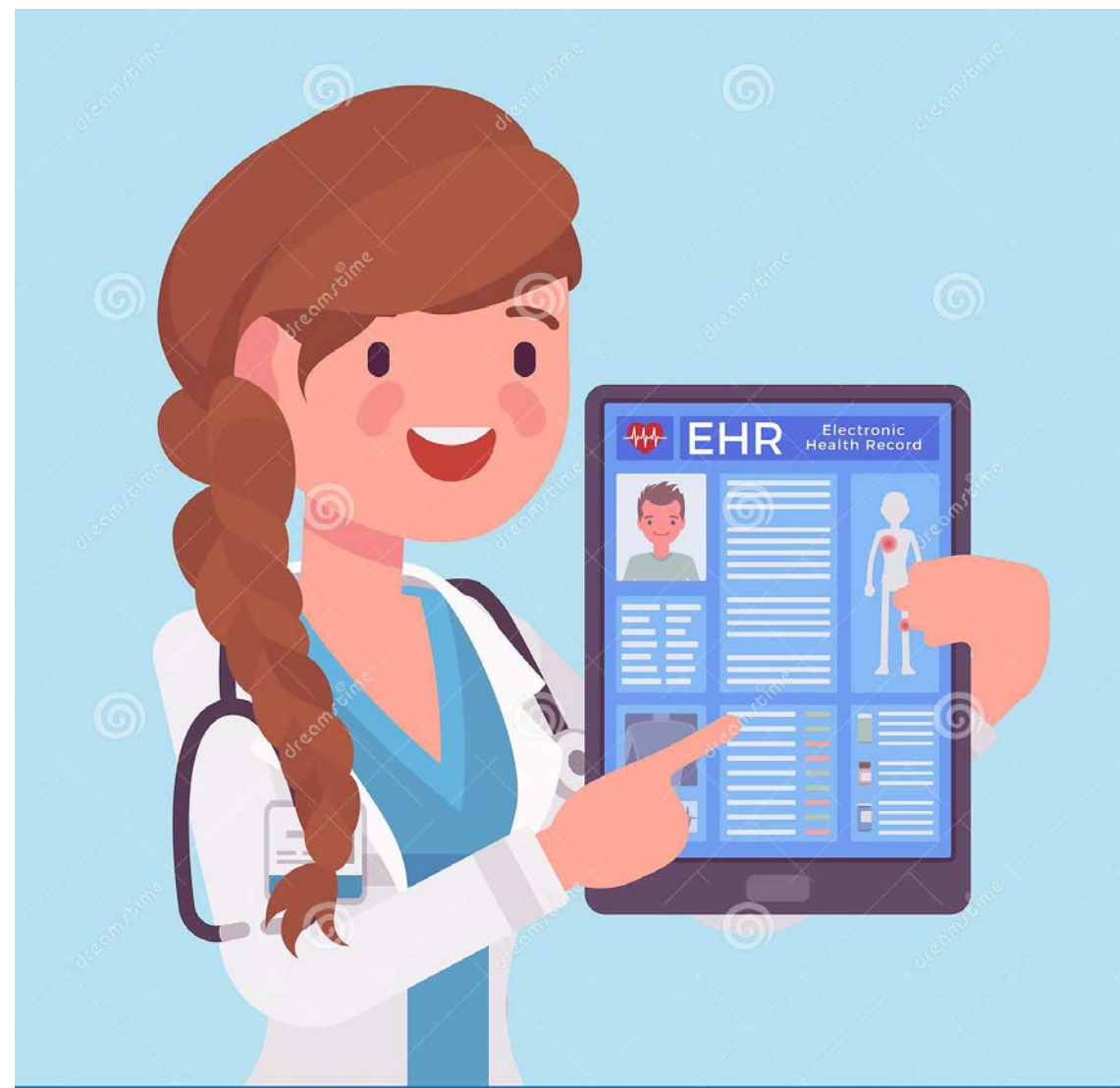
Creación de tomos

- Cuando la HC supere los **7 cm de alto** se abrirá un nuevo tomo que mantendrá el mismo n° de HC correlativo o número interno de la oficina de historias clínicas.
- Es responsabilidad del servicio clínico solicitar la creación de un nuevo tomo, indicando fecha de inicio y término del primer tomo.



Acceso a la historia clínica

- **Formato papel:** solicitándola con el RUN
- **Formato digital:** mediante claves personales, intransferibles y secretas. Se accede mediante el RUN del paciente.
- En pacientes hospitalizados sin identificación el validador será la **cuenta corriente**. En paciente ambulatorios sin RUN se utiliza el **n° HC** o el **nombre completo**.



Acceso a la historia clínica

- Acceso a registros complementarios: a través del RUN
- Son registros complementarios en HPM:
 - Servicios de Consultas de Especialidades Médicas
 - Patología cervical
 - Ficha de control de Salud Sexual
 - Servicios de Consultas de Especialidades Odontológicas
 - Ortodoncia
 - Odontopediatría
 - Servicio de Medicina y Rehabilitación: Registros de Kinesiología
 - Hospitalización domiciliaria: registro clínico transitorio mientras el paciente permanezca en atención en la unidad y posteriormente se adjunta a la historia clínica.
 - Servicio de diálisis
 - Registro interno bajo control de diálisis
 - Servicio de Neonatología: registro médico RENACEN (digital)

Registros clínicos, contenidos mínimos y responsables

REGISTROS	RESPONSABLE	CONTENIDOS MINIMOS
Ingreso Médico	Médico tratante	Identificación del Paciente Nombre(s), Apellidos, RUN.
		Fecha: día, mes y año de ingreso
		Antecedentes Mórbidos: enfermedades, cirugías, medicamentos y alergias
		Anamnesis: motivo de consulta y síntomas asociados al ingreso
		Examen Físico: examen general y específicos
		Diagnósticos: principal y secundario(s)
		Indicaciones: indicaciones de reposo, dieta, medicamentos, controles y exámenes.
		Identificación del profesional: nombre, RUN y/o firma

REGISTROS	RESPONSABLE	CONTENIDOS MINIMOS
Interconsulta	Medico y/o profesional derivador	Identificación del Paciente: Nombre(s), Apellidos, RUN, Ubicación (número de cama / servicio clínico) en caso de paciente hospitalizado.
		Fecha de ejecución: día mes y año
		Especialidad que deriva
		Especialidad a la que se deriva
		Datos clínicos relevantes: motivo de Interconsulta, hipótesis diagnóstica, antecedentes, resultados exámenes y tratamientos actuales
		Identificación del médico y/o profesional derivador: Nombre y/o RUN

Registros clínicos, contenidos mínimos y responsables

REGISTROS	RESPONSABLE	CONTENIDOS MÍNIMOS
Protocolo Operatorio	Médico Cirujano	Identificación del Paciente Nombre(s), Apellidos, Historia Clínica, RUN.
		Fecha: día mes y año
		Horarios: horario de inicio y término de la intervención quirúrgica
		Equipo Quirúrgico: nombre y apellido de médico cirujano, ayudante(s), anestesista, enfermero o matrona, auxiliar de anestesia, arsenalera, pabellonera, auxiliar de servicio, tecnólogo médico o auxiliar de rayos.
		Intervenciones realizadas: denominación de las cirugías principales y secundarias. Códigos según FONASA Modalidad Atención Institucional (MAI) o Libre Elección (MLE)
		Tipos de Anestesia: modalidades de anestesia principal y accesorias
		Descripción acto quirúrgico: descripción de hallazgos intraoperatorios y del procedimiento quirúrgico
		Indicaciones postoperatorias: tipo de reposo, indicaciones de alimentación (hora estimada de realimentar o no), listado de medicamentos (nombre, dosis, vía de administración y frecuencia de administración)
		Identificación del médico: Nombre, RUN y firma digital.

REGISTROS	RESPONSABLE	CONTENIDOS MÍNIMOS
Protocolo Anestesia	Médico Anestesiólogo	Identificación del Paciente Nombre(s), Apellidos, RUN.
		Fecha: día mes y año
		Tipo de Anestesia: modalidad de anestesia principal
		En caso de espinal- epidural- plexo-regional endovenosa (REV) deben estar completos los recuadros correspondientes
		Registros parámetros vitales: registros cronológicos de pulso, presión, saturación de oxígeno
		Medicamentos: listado de medicamentos administrados: nombre, dosis, y hora de administración
		Indicaciones
		Identificación del médico: Nombre, RUN y/o firma

Registros clínicos, contenidos mínimos y responsables

REGISTROS	RESPONSABLE	CONTENIDOS MINIMOS
Consultas Médicas Ambulatorias	Profesional Médico y Profesional no Médico	Identificación del paciente: nombre, apellidos, RUN, historia clínica.
		Fecha: día mes y año
		Antecedentes del paciente: antecedentes de enfermedades asociadas, cirugías y alergias.
		Anamnesis y Examen Físico: motivo de consulta, signos y síntomas, hallazgos del examen físico relevantes.
		Diagnósticos: diagnóstico principal
		Resultado de exámenes y procedimientos diagnósticos / terapéuticos
Plan o tratamiento: tipo de reposo, alimentación, medicamentos (nombre, dosis, frecuencia y vía de administración), exámenes – procedimientos e interconsultas a otros profesionales		

REGISTROS	RESPONSABLE	CONTENIDOS MINIMOS
Epicrisis	Médico tratante	Identificación del paciente: nombre, apellidos, RUN, historia clínica.
		Fecha de ingreso – egreso: día mes y año respectivamente
		Evolución: registro de evolución del paciente durante su permanencia en la institución, principales exámenes o procedimientos realizados
		Diagnósticos de egreso: principal y secundario(s)
		Indicaciones: tipo de reposo, alimentación, medicamentos (nombre, dosis, frecuencia y duración), exámenes o procedimientos, fecha de controles y especialidad de los mismos
		Destino del paciente: domicilio, fallecido, fugado o derivado a otro centro asistencial
		Identificación del profesional: nombre, apellido, RUN o firma (digital)

Registros clínicos, contenidos mínimos y responsables

REGISTROS	RESPONSABLE	CONTENIDOS MINIMOS
Atención de Urgencia	Funcionarios de Admisión Enfermera (o) Matrona Profesional Médico	Identificación del paciente: nombre, apellidos, RUN. En caso de pacientes sin identificación, se crea como NN.
		Fecha ingreso: día mes año- hora de ingreso
		Categorización: de acuerdo a sistema vigente
		Motivo de Consulta: principal síntoma de consulta
		Datos de la atención: anamnesis del paciente, examen físico, exámenes solicitados y procedimientos
		Diagnósticos: diagnóstico presuntivo principal
		Indicaciones: reposo, alimentación, medicamentos (nombre, dosificación y duración).
Destino del paciente: hospitalización, domicilio, fallecido, fugado, derivado a otro establecimiento de la red.		
Identificación del médico: nombre, RUN y/o firma digital.		

Registros clínicos, contenidos mínimos y responsables

REGISTROS	RESPONSABLE	CONTENIDOS MINIMOS
Hoja de Atención de Enfermería	Profesional Enfermera(o) y Técnicos Paramédicos.	Identificación del profesional de enfermería y técnicos paramédicos en turno: nombre y apellido
		Fecha: día, mes y año
		Identificación del paciente: nombre(s), apellidos, RUN y número de Historia Clínica y cuenta corriente, fono contacto.
		Plan de atención de enfermería de acuerdo a antecedentes del paciente, que contenga indicaciones de enfermería y horarios para su realización
		Evaluación diaria (por turnos) de enfermería: hallazgos relevantes del estado del paciente, cumplimiento de indicaciones y realización de procedimientos y actividades de enfermería.
		Registro de signos vitales.
		Aplicación de escalas de riesgo: caída, UPP, categorización.

REGISTROS	RESPONSABLE	CONTENIDOS MINIMOS
Hoja de Atención de Matronería	Profesional Matrona y Técnicos Paramédicos.	Identificación del paciente: nombre, apellidos, RUN o número de pasaporte.
		Fecha: día, mes y año
		Diagnósticos: diagnóstico presuntivo principal
		Control de signos vitales
		Evaluación de riesgo de caídas y UPP.
		Indicaciones médicas o de matronería, con horarios (si aplica).
		Evaluación clínica: hallazgos del examen físico relevantes
		Identificación del profesional de matronería o técnico paramédico quien administra medicamentos.

Podrán solicitar la historia clínica

- Por correo electrónico (archivohpm@ssdr.gob.cl) o personalmente a la Oficina de Historias Clínicas del HPM:



El equipo de salud de atención abierta y cerrada

El equipo de salud para Investigación, Docencia y Auditorías

El equipo directivo y departamentos de Gestión Clínica

Unidad de análisis GRD (grupos relacionados de diagnóstico) y Registro Hospitalario del cáncer (máx 20 fichas por vez)

- **Queda estrictamente prohibido el uso de la HC fuera del establecimiento o en lugares no clínicos o administrativos.**

Podrán solicitar la historia clínica

- Mediante el formulario foliado, se puede solicitar la copia de HC a la OIRS, Unidad de Jurídica o Dirección, con un plazo de entrega de 10 días.



El paciente o su representante legal

Tribunales de Justicia y Ministerio Público

Aseguradoras, Isapres u otras instituciones autorizadas por ley.

- *Excepcionalmente el paciente o su representante legal, puede registrar en la HC, en caso de rechazo de hospitalización, de intervención quirúrgica, tratamiento o solicitud de alta no médica.*

Solicitud de HC desde atención ambulatoria

Pacientes citados por CAE

- En oficina de HC se imprimen las nóminas de pacientes citados con **12 hrs de anticipación**.
- Con nómina impresa se preparan las HC.
- Personal de policlínico retira HC en la mañana del día de atención.
- Plazo de retiro 1 día.

Pacientes no citados

- El personal de atención ambulatoria solicita la HC a través del sistema de trazabilidad **hasta las 12:00 hrs.**

Hospitalización desde atención ambulatoria

- El **personal del CAE trasladan la HC junto al paciente** hacia el servicio correspondiente, registrando inmediatamente en Sistema Informático de Trazabilidad.

Para cirugías ambulatorias

- El policlínico que programó una cirugía ambulatoria, enviará la nómina el **día anterior** y retirará en la oficina de HC.

Solicitud de HC desde atención cerrada

- Solicitud de HC cuando el paciente se hospitaliza, usando el sistema de Trazabilidad


Horario hábil: Lunes a Viernes 8:00 a 17:00 hrs

- Solicitud por secretaria de cada servicio o quien determine la Jefatura del Servicio.

Horario inhábil: 17:00 a 8:00 hrs, Sábados, Domingos y feriados

- Mismo procedimiento, sin embargo, despacho y entrega mediante un registro manual a enfermera o matrona de turno.





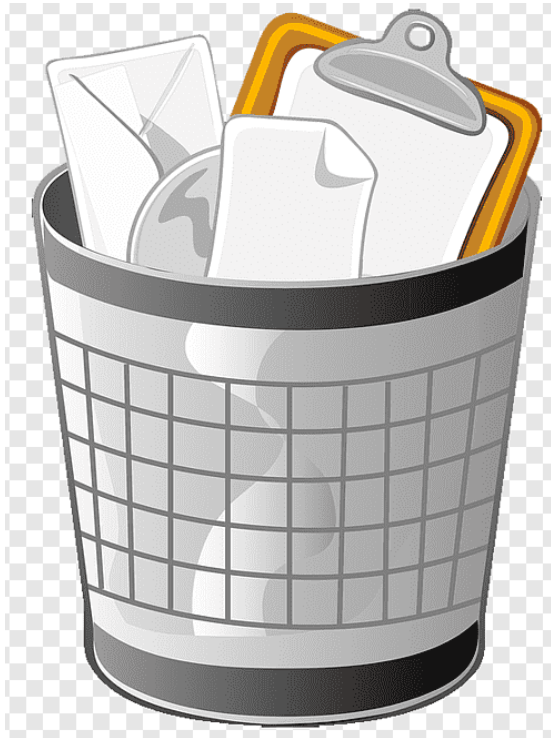
Devolución de la historia clínica

- Toda HC debe ser devuelta a la Oficina de HC según los plazos establecidos en horario de **lunes a jueves de 8:00 a 12:00 hrs y 14:00 a 16:00 hrs** y días **viernes de 8:00 a 16:00 hrs**.
- Luego del egreso del paciente, la HC debe ser trasladada a unidad de GRD para cumplir con el proceso obligatorio de lectura y codificación en un plazo no mayor a 48 hrs.

SERVICIO/UNIDAD	PLAZO DE DEVOLUCIÓN
Servicios y Unidades en Atención Ambulatoria: Policlínicos, Unidad de Diálisis, Unidad de Hemodinamia, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Servicio de Medicina Transfusional, Unidad de Imagenología, Unidad de Endoscopia.	2 días hábiles.
Policlinico de Neurología	2 días hábiles, a excepción de los días martes donde el plazo se extiende a 3 días, debido a horario de atención extendido.
Policlinico Dental	3 días hábiles, debido al horario de atención extendido.
Servicios y Unidades Clínicas de Atención Cerrada y Cirugía Mayor Ambulatoria, las historias clínicas deben ser enviadas a la unidad de análisis clínico GRD para su proceso de lectura y codificación.	Plazo máximo de 48 horas luego del egreso del paciente; Las historias clínicas deben venir completas con su epicrisis e IEEH (Informe de Egreso Estadístico Hospitalario) completo.
Unidad de Asesoría Jurídica	20 días hábiles prorrogables.
Médico auditor	15 días hábiles prorrogables.
Investigación Clínica (Médicos, docentes y profesionales)	4 días hábiles.

Plazos de devolución

Eliminación de historia clínica



- La eliminación de las HC debe asegurar la confidencialidad de la información y si efectiva destrucción. El Director del establecimiento dispondrá por Resolución exenta, la eliminación de las HC, **transcurridos 15 años contados desde el último registro de atención.**
- La oficina de HC levanta un acta donde deja constancia de eliminación registrando el nombre completo del paciente, N° HC y fecha registrada de última atención.

- Hospital Puerto Montt. (2018). *Historia Clínica, su manejo y registros clínicos*. REG 1.1 y 1.2.
- Hospital Puerto Montt. (2020). *Procedimiento de Entrega, Recepción, Custodia y Eliminación de Historias Clínicas*. REG 1.4.