

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Facultad de Odontología



“Estudio comparativo del Formato de atención integral del adulto según la Norma Técnica Legal VS el Formato de las Historias Clínicas realizadas por los alumnos de X semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM, Arequipa - 2016”

Tesis presentada por la Bachiller:

Deyfilia Fiorella Moscoso Medina

**Para obtener el Título Profesional de
Cirujano Dentista.**

**Asesor: Dr. Enrique De Los Ríos
Fernández**

Arequipa – Perú

2017

DEDICATORIA

A:

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mi amada madre Karina, por creer en mí, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación tanto académica como de la vida, por haberme apoyado en todo momento; por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. Gracias mamá, todo esto te lo debo a ti.

Mis padres Deifilia (QEPD) y Manuel (QEPD), por quererme y apoyarme siempre, esto también se lo debo a ellos.

AGRADECIMIENTO

La Universidad Católica de Santa María me dio la bienvenida al mundo como tal, las oportunidades que me ha brindado son incomparables, y antes de todo esto ni pensaba que fuera posible que algún día si quiera me topara con una de ellas.

Agradezco mucho por el ejemplo y apoyo de mis docentes, muy en especial a la Dra. María del Socorro Barriga Flores quien fue mi soporte y motivación durante este tiempo encaminado a la obtención de mi Título Profesional y quien es hoy para mí una de las personas a quien más admiro; y a la Universidad en general por todo lo anterior en conjunto con todos los copiosos conocimientos que me ha otorgado.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.2. ENUNCIADO.....	10
1.3. DESCRIPCIÓN.....	10
1.3.1. Área del Conocimiento.....	10
1.3.2. Operacionalización de Variables.....	11
1.3.3. Interrogantes Básicas.....	12
1.3.4. Taxonomía de la Investigación.....	12
2. JUSTIFICACIÓN.....	12
2.1. RELEVANCIA CIENTÍFICA.....	12
2.2. FACTIBILIDAD.....	13
2.3. INTERÉS PERSONAL.....	13
3. OBJETIVOS.....	13
4. MARCO TEÓRICO.....	13
4.1. CONCEPTOS BÁSICOS.....	13
4.1.1. Historia Clínica.....	13
A. Antecedentes de la HC.....	13
B. Definición.....	15
C. Caracteres de la Historia Clínica.....	15
D. Objetivos.....	17
E. Importancia de la Historia Clínica.....	18
F. Tipos por Fines.....	19
G. Clasificación.....	19
H. Partes de la Historia Clínica.....	20
I. Aspectos Legales y Éticos de la Historia Clínica.....	30

4.1.2.	Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud.....	33
A.	Objetivos	34
B.	Base Legal.....	34
C.	Estructura de la Historia Clínica según la Norma Técnica	36
D.	Formato de Atención Integral del Adulto.....	37
E.	Calidad de la Historia Clínica.....	38
F.	Consentimiento Informado.....	47
4.2.	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	48

CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.	TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	52
1.1.	TÉCNICA.....	52
1.2.	INSTRUMENTOS.....	52
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN	52
2.1.	UBICACIÓN ESPACIAL	52
2.2.	TEMPORALIDAD	52
2.3.	UNIDADES DE ESTUDIO	53
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN	53
3.1.	ORGANIZACIÓN.....	53
3.2.	RECURSOS	54
3.2.1.	Recursos Humanos	54
3.2.2.	Recursos Físicos:	54
3.2.3.	Recursos económicos.....	54
3.2.4.	Recursos institucionales	54
3.3.	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	54
4.	ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	54
4.1.	SISTEMATIZACIÓN	54
4.1.1.	Clasificación.....	54
4.1.2.	Recuento	55
4.1.3.	Análisis de Datos	55

4.1.4. Plan de tabulación	55
4.1.5. Graficación.....	55
4.2. ESTUDIO DE LOS DATOS	55
4.2.1. Metodología de la Interpretación.....	55
4.2.2. Modalidades Interpretativas	56
4.2.3. Operaciones para la interpretación de cuadros	56
4.2.4. Niveles de interpretación.....	56
4.3. EN EL ÁMBITO DE CONCLUSIONES.....	56
4.4. EN EL ÁMBITO DE RECOMENDACIONES.....	56
CAPITULO III: RESULTADOS	57
CONCLUSIONES	65
DISCUSION	66
RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	71

RESUMEN

Esta investigación consiste en la identificación y relevancia del Formato de atención integral del adulto establecido por la Norma Técnico Legal respecto a las Historias Clínicas (HC), inicia con la recolección de Historias clínicas correspondiente al semestre par del año 2016 de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María y continúa con la evaluación del cumplimiento de dicha documentación.

El objetivo de la investigación es analizar, evaluar y determinar las fortalezas y carencias del formato de las Historias Clínicas elaboradas y llenadas por los alumnos de X semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM, respecto al Formato de atención integral del adulto presentado en la Norma Técnica Legal.

Se realizó una revisión de la literatura relevante para los puntos de investigación como son la Historia Clínica (HC) y la Norma Técnico Legal. Se llevó a cabo el estudio de 100 Historias Clínicas recolectadas al azar, cuyos datos fueron ordenados en fichas de observación y posteriormente organizadas en cuadros estadísticos para la correcta evaluación de los mismos. Gracias al análisis de los resultados se pudieron observar las carencias y fortalezas del formato de las HC usado por los alumnos.

Este trabajo se plantea como un estudio que puede otorgar la pauta para realizar otras investigaciones relacionadas a este tema que profundicen más respecto a la estructura y llenado de la HC.

Palabras clave: Historia Clínica, Norma Técnica Legal, Formato de atención integral del adulto

ABSTRACT

This investigation consists of the identification and relevance of the comprehensive adult care format established by the Legal Technical Standard regarding Clinical Histories, begins with the collection of Clinical Histories corresponding to the semester of 2016 of the Dental Clinic of the Catholic University of Santa Maria and continues with the evaluation of compliance with said documentation.

The objective of the research is to analyze, evaluate and determine the strengths and weaknesses of the format of the Clinical Histories elaborated and filled by the students of X semester of the UCSM Dental Clinic, regarding the format of integral adult care presented in the Standard Legal Technique.

A review of the relevant literature was made for the research points such as the Clinical History and the Legal Technical Standard. The study of 100 Clinical Histories collected at random was carried out, whose data were ordered in observation sheets and later organized into statistical tables for the correct evaluation of them. Thanks to the analysis of the results, it was possible to observe the shortcomings and strengths of the format of the Clinical Histories used by the students.

This work is proposed as a study that can provide the guideline for other research related to this topic to deepen more regarding the structure and filling of the Clinical History.

Keywords: Clinic history, Legal Technical Standard, Format of comprehensive adult care



CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

La evaluación de la calidad de la atención médica es desde hace tiempo una preocupación de muchos autores e instituciones, es indudable que cualquier establecimiento debe esforzarse por elevar la calidad de la atención a sus pacientes.

Desde hace muchos años los médicos y las autoridades de los establecimientos asistenciales han dedicado esfuerzos al ordenamiento de la Historia Clínica; se le pide al médico tratante la mejor calidad de ese documento que es la única forma para analizar la evolución de una enfermedad, además de las ventajas administrativas y médico legales que conlleva.

Actualmente se sabe de muchos casos de acusaciones por “mala praxis” y negligencias los cuales, en algunas ocasiones, tienen su origen en el registro incorrecto de los datos del paciente en la HC; al ser este documento médico-legal la base para la toma de decisiones médicas en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud y evaluación del paciente, es de suma importancia que se registren en forma detallada y ordenada para el buen manejo clínico del paciente.

1.2. ENUNCIADO

“Estudio comparativo del Formato de atención integral del adulto según la Norma Técnica Legal VS el Formato de las Historias Clínicas realizadas por los alumnos de X semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM, Arequipa - 2016”

1.3. DESCRIPCIÓN

1.3.1. Área del Conocimiento

a) A. general : Ciencias de la salud

- b) A. específica : Odontología
- c) Especialidad : Odontología legal y forense
- d) Línea : Documentario médico-odontológico

1.3.2. Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<p>Formato de atención integral del adulto según la Norma Técnica Legal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fecha - N° de Historia Clínica - Datos generales - Antecedentes personales - Antecedentes familiares - Alergia a medicamentos - Sexualidad - Motivo de consulta - Tiempo de enfermedad - Funciones biológicas - Examen físico - Diagnóstico - Tratamiento - Exámenes auxiliares - Referencia - Fecha de próxima cita - Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención 	<p>Cumple / no cumple</p>
<p>Formato de las HC realizadas por los alumnos de X semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Anamnesis -Examen físico -Exámenes auxiliares -Diagnostico -Pronóstico -Tratamiento -Epicrisis y alta 	

1.3.3. Interrogantes Básicas

- ¿Cuáles son las partes del Formato de atención integral del adulto según la Norma Técnico Legal respecto a las Historias Clínicas?
- ¿Cuáles son las partes del formato de las Historias Clínicas elaboradas por los alumnos del X semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM?
- ¿Cuál es el porcentaje de cumplimiento del Formato de atención integral del adulto según la Norma Técnico Legal en las Historias Clínicas realizadas por los alumnos de X semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM?

1.3.4. Taxonomía de la Investigación

Abordaje	TIPO DE ESTUDIO					Diseño	Nivel
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato que se planifica recoger	Por el nmero de modificaciones de la variable	Por el número de muestras o poblaciones	Por el ámbito de recolección		
Cualitativo	Observacional	Retrospectivo	Transversal	Comparativo	Documental	Comparativo Retrospectivo	Exploratorio

2. JUSTIFICACIÓN

Debido a la actual problemática causada por el inadecuado registro de los datos en la HC, es de interés revisar qué tan preparados estamos para evitar afrontar las consecuencias legales correspondientes en caso de omitir los parámetros establecidos ética y profesionalmente.

2.1. RELEVANCIA CIENTÍFICA

De acuerdo a los objetivos y finalidad de la historia clínica, se admite que uno de estos es el investigador puesto que nos permiten delimitar datos nuevos; aquí radica la importancia de su correcta elaboración.

2.2. FACTIBILIDAD

Este trabajo es viable ya que se cuenta con el material necesario para realizar la investigación.

2.3. INTERÉS PERSONAL

Es de mi interés realizar esta investigación para avanzar académicamente y obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista y así poder continuar mis estudios de segunda especialidad.

3. OBJETIVOS

- Identificar las partes del Formato de atención integral del adulto según la Norma Técnico Legal respecto a las Historias Clínicas.
- Identificar las partes del formato de las Historias Clínicas realizadas por los alumnos del X semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM.
- Determinar el porcentaje de cumplimiento del Formato de atención integral del adulto según la Norma Técnico Legal en las Historias Clínicas realizadas por los alumnos de X semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. CONCEPTOS BÁSICOS

4.1.1. Historia Clínica

A. Antecedentes de la HC

La HC se introdujo en el campo de la medicina por Hipócrates, nacido 460 años antes de Cristo, a quien se le considera el padre de la medicina. Las Historias Clínicas Hipocráticas o Catástasis, consideraban la totalidad del hombre, su ambiente y época de la vida. Hipócrates dio

importancia a la anamnesis y a la observación, y practicó la percusión y la auscultación inmediata. Aconsejaba interrogar al enfermo sobre la naturaleza y duración de sus sufrimientos, sobre el funcionamiento del intestino y sobre la dieta que seguía. Inició el método racional de la descripción cuidadosa de los síntomas y manifestaciones obtenidas directamente del enfermo y creó la HC.¹

Posteriormente Galeno se ocupó sobre todo de la nosología, con un criterio netamente tipificador, en oposición del carácter individualista de la medicina hipocrática.¹

Se puede mencionar la etapa de los Consilia, Historias Clínicas medievales basadas en la observación de las estrellas y no en los síntomas de los pacientes, y la de Las Observaciones, designación renacentista de la HC por la afición de la época a la observación de lo individual.

En el siglo XVII hay dos corrientes importantes, una de ellas considerada como la de Clínica Pura, representada por Thomas Sydenham, muy cuidadoso de no escribir sino sobre lo que era producto de una atenta observación, y otra representada por la Medicina Anatomoclínica.²

En el siglo XVIII, las Historias Clínicas adquieren la estructura que hoy conocemos, y en el siglo XIX, se apoyan en el desarrollo de la ciencia.²

A lo largo del desarrollo de la Medicina y de la Odontología, la HC fue incorporando sucesivos capítulos, siguiendo un claro paralelismo con el desarrollo de la asistencia sanitaria. Actualmente, en la HC se abordan dos aspectos, el psicosomático y el humanístico o antropológico.

¹ PANACE. La historia clínica: aspectos lingüísticos y jurídicos. Pag 1

² Ibid. Pag 2

B. Definición

La HC es el documento médico legal, que registra los datos, de identificación y de los procesos en relación a la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el profesional de salud brinda al paciente.

Desde el punto de vista legislativo ético, se define a la HC como un documento fundamental en que se recoge la descripción ordenada, secuenciada, completa y precisa de la experiencia que el odontólogo obtiene en su relación directa y técnica con los pacientes, por lo que ha de elaborarse siempre con carácter previo al planeamiento de un tratamiento y además de ser realizado por iniciativa del odontólogo y bajo su dirección.

Por otro lado, debe recoger los aspectos principales de la relación odontólogo-paciente, tanto lo que el paciente señale, como lo que el odontólogo deduzca a través de la anamnesis, exploraciones, etc.

C. Caracteres de la Historia Clínica

Por ser la HC un documento tan extraordinariamente frecuente, posee una gran variedad en cuanto a su orientación y contenido, por ello no puede apartarnos de la realidad de que en todo caso se cumplan una serie de caracteres, puesto que de este modo alcanzará sus objetivos de una óptima manera.

Estos caracteres fueron descritos por Laín Entralgo en su conocida monografía sobre ellas, sin que quepa, por el momento, establecer otros nuevos.

Lo primero en lo que debe pensarse cuando se trata de realizar una HC es que solo en ocasiones va destinada al mismo profesional que la elabora, mientras que, por el contrario, en la inmensa mayoría de las veces será utilizada por otros profesionales, que no van a poder completar los datos que no consten o que no se hayan recogido adecuadamente, por lo cual, a la hora de la elaboración hemos de intentar que se cumplan los siguientes caracteres:

- a. **Integridad.** La Historia debe recoger todo dato de relevancia en la relación odontólogo-paciente y además la evolución de dichos datos en relación con el tiempo y las distintas formas de manifestación.
- b. **Claridad.** Los datos que aparecen en la HC han de expresarse de una manera inequívoca, que no pueda dar lugar a dudas o variedad de interpretaciones subsiguientes, lo que nos obliga a la hora de su redacción a hacerlo de tal modo que no pueda suscitar ulteriormente dudas interpretativas acerca de su contenido.
- c. **Precisión.** La HC es un documento en el que se debe huir de la ambigüedad y, por el contrario, los distintos datos deben recogerse del modo más preciso, mediante manejo de gráficos, esquemas y descripciones detalladas, siendo recomendada la utilización de todos los términos técnicos que sean pertinentes.
- d. **Elegancia y brevedad en lo posible.** La HC debe redactarse de una manera correcta y elegante, y con la mayor brevedad, acorde siempre esta característica con la recogida total de los datos de interés.

D. Objetivos

La HC nació con el objetivo fundamental de lograr una asistencia médica de la mejor calidad posible; por tanto, tuvieron inicialmente un objetivo casi exclusivamente asistencial. Los principales objetivos son:

- a. **Asistencial.** Es el más importante y el primero que se asignó; trata esencialmente de conseguir una óptima elaboración del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- b. **Docente.** Mediante el estudio de HC se pueden conocer la manera de expresarse las enfermedades y las diferencias y coincidencias de unas con otras, por lo que su estudio es una fuente inagotable en el campo de la docencia.
- c. **Investigador.** El estudio de las Historias Clínicas nos permite definir datos nuevos, establecer las correlaciones de unos con otros, comprobar la mayor o menor eficacia de los tratamientos de procesos anteriores, conocer la relación entre sintomatología y tratamiento, etc. Es decir, sirven de base para elaborar estudios e investigaciones del mayor pragmatismo.
- d. **Sanitarios y particularmente epidemiológicos.** El análisis de las HC nos permite conocer las bases epidemiológicas de numerosos procesos patológicos, y por otro lado, nos aportan datos suficientes para acoger decisiones sanitarias (vacunaciones, aislamientos, recomendaciones a la colectividad, etc.).
- e. **Administrativos.** A través del estudio de las HC podemos obtener datos de relevancia para la gestión a

efectos económico-administrativos, al conocer de una manera exacta el significado de cada uno de estos.

- f. Control de la calidad.** Una de las formas más rápida y precisa para conocer el nivel de calidad de una institución asistencial e incluso la de un profesional es conocer una colección de Historias Clínicas obtenidas aleatoriamente, puesto que a través de ellas conoceremos los procedimientos y medios diagnósticos utilizados, los tratamientos y su eficacia, los estudios epidemiológicos, etc.

E. Importancia de la Historia Clínica

La HC de un paciente es de suma importancia no solamente como seguimiento técnico de la evolución de un paciente y de sus antecedentes de salud, sino también como respaldo de las atenciones brindadas de manera acertada y diligente.

Este documento médico - legal hace claramente una diferencia positiva en la práctica que asegura que los profesionales puedan conocer y reconocer el historial médico del paciente, sabiendo cuáles fueron sus dolencias o afecciones previas, así como también las prácticas y tratamientos a los que fue sometido frente a situaciones específicas, medicación indicada o problemas surgidos en cualquier periodo del proceso de sanación.

Es la prueba física de la diligencia, cuidado y profesionalismo con el que actuó el cuerpo médico odontológico que intervino en la atención brindada al paciente.

F. Tipos por Fines

- a. **Asistencial:** Permite la asistencia continuada de los pacientes por equipos distintos.
- b. **Docente:** Permite evaluación de casos clínicos en bien de la formación de profesionales de la salud.
- c. **Investigativa:** Permite registrar casuística de las diferentes enfermedades planteando soluciones experimentales a las diferentes enfermedades.
- d. **Epidemiológica:** Permite registro amplio de epidemias, pandemias entre otras.
- e. **Administrativa:** Permite la evaluación de la calidad asistencial, la planificación y gestión sanitaria.
- f. **Judicial:** Permite asistir en bien de situaciones jurídicas.

G. Clasificación

a. Historia Clínica de consulta privada.

El objetivo de la evaluación está enfocado a determinar si la capacidad física y emocional del paciente puede tolerar un tratamiento odontológico específico y no presente complicaciones, caso contrario será necesario preparar o derivar al paciente al especialista.³

b. Historia Clínica de hospitalización

A los pacientes que acuden a centros hospitalarios para un procedimiento dental, se les trata de igual forma que a un paciente tratado en el consultorio privado, con la

³ CANEDO, Cirugía oral. Pag 14

ventaja de que recibirá una doble atención: médica y dental, cada una con sus responsabilidades definidas.⁴

H. Partes de la Historia Clínica

A lo largo del proceso histórico de la medicina se han ido incorporando nuevos capítulos a las HC. En el estado actual de la medicina y la odontología, las Historias Clínicas completas constan de las siguientes partes:

- Anamnesis
- Examen físico
- Exámenes auxiliares
- Diagnóstico
- Pronóstico
- Tratamiento
- Epicrisis y alta

I. Anamnesis Clínica

Anamnesis es una palabra de origen griego que significa recuerdo, memoria, acto de recordar ideas olvidadas, arte de recordar o adquirir memoria

Es la historia de los antecedentes o historia médica de un caso particular, constituido por un paciente o acompañante, sobre los que el médico u odontólogo elabora el o los diagnósticos presuntivos iniciales, sin mediar examen clínico alguno.

La finalidad principal de la Anamnesis es proporcionar elementos de juicio necesarios para el diagnóstico presuntivo y está orientada a buscar signos y síntomas que nos guíen a un diagnóstico precoz.

⁴CANEDO, Op cit. Pag 26

Se obtiene interrogando al paciente (anamnesis directa) o a un informante (anamnesis indirecta), para lo cual es necesario desarrollar una adecuada relación odontólogo-paciente.

Comprende:

1. Filiación.

a. Nombre. Es el modo de individualizar a una persona dentro de una comunidad determinada para el ejercicio de sus derechos y tiene la función de particularización o individualización.

b. Sexo. Condición orgánica, características biológicas y fisiológicas, que distinguen al hombre de la mujer, puede ser femenino o masculino.

Si bien es cierto no es una variable en el comportamiento de enfermedades odontológicas, representa un factor importante en ciertas enfermedades generales y se debe tener en cuenta que las mujeres, en comparación con los hombres, generalmente llegan más rápido al estado de maduración durante la etapa de crecimiento y desarrollo.⁵

c. Edad. Es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio. La edad establece un parámetro muy importante dentro de las enfermedades bucodentales, la secuencia y el grado de erupción dental, la conducta o el comportamiento en el consultorio y el tratamiento odontológico.⁵

⁵“Manual para realización de historia clínica odontológica del escolar”, pag 13

- d. **DNI.** El Documento Nacional de Identidad es fundamental para identificar al paciente; en algunos de los análisis, como de ADN por ejemplo, no se requiere identificar al paciente con apellidos y nombres, solo se recurre al número de este documento.
- e. **Fecha y lugar de nacimiento.** La primera permite conocer la edad exacta del paciente, mientras que el lugar de nacimiento puede tener importancia diagnóstica.
- f. **Lugar de procedencia.** La importancia de considerar este punto es poder identificar alguna influencia del medio de procedencia que haya podido influenciar con alguna afección actual del paciente, en especial para las patologías endémicas.
- g. **Grado de instrucción.** Se relaciona con la comprensión de su estado y/o la necesidad de controles periódicos para conocer la evolución de la afección.
- h. **Estado civil.** Permite tener una noción del estilo de vida del paciente; así mismo, reconocer si el paciente tendría una familia que lo contenga.
- i. **Ocupación.** Fundamental para reconocimiento de patologías de curso laboral. Es importante diferenciar la ocupación actual y la ocupación habitual porque si no hacemos esta disquisición se corre el riesgo de obviar un antecedente laboral importante.

j. Grupo sanguíneo y factor Rh. La determinación del grupo sanguíneo y el factor Rh son importantes en el campo de la biología, genética y en la práctica médica por su valor clínico en las transfusiones sanguíneas.⁶

k. Nombre y DNI del acompañante. En caso que el paciente no pueda valerse por sí mismo o sea menor de edad, se considera necesaria la presencia de un acompañante u responsable.

l. Número de Historia Clínica. Importante para llevar un adecuado y ordenado registro de las Historias Clínicas en general.

m. Fecha. Se considera la fecha de llenado de la Historia Clínica.

2. Cuestionario de preguntas.

Herramienta de interrogatorio diseñada en forma estratégica y que permite al odontólogo hacer averiguaciones valiéndose de indagaciones en lenguaje sencillo, exento de términos científicos.

Se puede realizar de manera directa o indirecta a terceros que estén enterados de la condición médica del paciente impedido por edad, condición física o mental, incluidos invidentes o personas analfabetas.

3. Motivo de la consulta.

Es la razón de solicitar una consulta. El odontólogo pregunta sobre la naturaleza, duración e intensidad del

⁶ COSSIO E., Tipificación del grupo sanguíneo A B O y el factor Rh

proceso; además puedes ser útil saber qué lo ha causado. Se debe registrar con las palabras del paciente entrecomilladas.

4. Historia de la enfermedad actual.

Es la descripción del síntoma principal del padecimiento bucal actual que motivó la consulta odontológica. Narración lógica que describe con exactitud la fecha y modo de inicio, la duración, intensidad, localización y evolución del proceso.

5. Antecedentes personales.

a. Antecedentes personales fisiológicos. El interrogatorio va dirigido al nacimiento, lactancia, ablactancia, desarrollo y crecimiento, escolaridad. En mujeres, edad menarquia, catamenia, embarazos y climaterio de acuerdo a la edad.⁷

b. Antecedentes personales patológicos. Historia médica anterior, intervenciones quirúrgicas, lesiones e intervenciones odontológicas.

En esta sección se documentan la Historia médica anterior, las enfermedades que el paciente padece o ha padecido y si está en tratamiento médico; las intervenciones quirúrgicas a que haya sido sometida la persona y si hubiera existido necesidad de transfusiones sanguíneas.

⁷ CANEDO, Cirugía oral. Pag 27

6. Revisión sistémica.

Su finalidad está encaminada a encontrar afecciones en los diferentes sistemas o aparatos del organismo, en algunos casos pueden ser ignorados por el paciente. Incluye la descripción de los signos y síntomas que refiere o son detectados en el paciente sin que se hubieran aún integrado en un diagnóstico.⁸

⁹

Involucra las manifestaciones comunes de afección en los distintos sistemas del cuerpo, como cambios de peso, estado de nutrición, debilidad, fatiga, fiebre, cefalea, vértigo, agrandamiento de las cadenas ganglionares, dificultad para respirar, sensación de adormecimiento, disnea, dolor retroesternal, vómito con sangre, calambres, parestesia, parálisis, etc.

7. Antecedentes familiares.

Incluye la predisposición a determinadas afecciones de carácter hereditario; se debe registrar el estado de salud de familiares inmediatos y la causa de muerte de los ya finados que pudiesen tener relación con el padecimiento bucal o sistémico del paciente.

8. Hábitos sociales y tipo de vivienda.

Naturaleza del trabajo, adicciones como tabaquismo, alcoholismo y drogas, frecuencia de visitar al médico y si el paciente toma té o café. Material de construcción de la vivienda, servicios básicos, número de

⁸ Op cit

⁹ CASTELLANOS, Medicina en odontología: Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas,

dormitorios y ventilación, cantidad de personas que habitan por habitación.

9. Alergia a medicamentos

Las reacciones alérgicas son la respuesta a la interacción antígeno-anticuerpo, consecuencia de una respuesta inmune a un fármaco o a una sustancia. Esta respuesta inmune puede considerarse como un mecanismo de defensa pero cuando se vuelve inapropiada provoca las manifestaciones típicas de la alergia.

Si la anamnesis indica que el paciente es alérgico a un fármaco, se debe seleccionar para su tratamiento un compuesto distinto y que no esté emparentado químicamente con el primero.¹⁰

10. Sexualidad.

Nos orienta a sospechar de alguna enfermedad infectocontagiosa; puede ser heterosexualidad (atracción hacia personas del sexo opuesto), homosexualidad (atracción hacia personas del mismo sexo) y bisexualidad (atracción hacia personas de ambos sexos).¹¹

11. Sumario de impresiones.

Conclusiones o resumen que lleva al diagnóstico presuntivo, sirve de base para realizar posteriores exámenes de laboratorio o auxiliares y así confirmar o negar el primer diagnóstico.

¹⁰ SALAZAR. Reacciones alérgicas a los fármacos

¹¹ MONTERO. Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia.

II. Examen Físico

1. Examen Físico General

- **Signos vitales:**

Presión arterial

Pulso

Frecuencia respiratoria

Temperatura

- **Estado general del paciente:**

Estado de nutrición

Sueño

Estado de conciencia

Postura

Estatura

2. Examen Físico Regional o Bucal

- **Examen extraoral:**

Configuración de la cara

Asimetrías y causas

Movimientos mandibulares

Capacidad de la respiración nasal

- **Examen intraoral:**

Labios

Vestíbulos

Carrillos

Paladar duro

Paladar blando

Pilares

Lengua

Piso de boca

Encías

Odontograma

III. Exámenes Auxiliares

Para hacer un diagnóstico correcto y definitivo es necesario recurrir a ciertos auxiliares como la Radiografía Panorámica, Radiografía Periapical y otras vistas, y procedimientos especiales, como la Tomografía y la Resonancia Magnética si fuera el caso, la Fotografía Clínica también se clasifica como un estudio complementario.¹²

Las pruebas de laboratorio y las interconsultas médicas, o con especialistas de las diversas disciplinas odontológicas, contribuyen a complementar la información para valorar condiciones sospechosas o preexistentes y establecer diagnósticos.¹³

Existen diferentes tipos de exámenes en los que se emplean distintas muestras, sangre, tejidos, orina, heces fecales, saliva o secreciones corporales que se someten a estudios microscópicos, bioquímicos, inmunitarios, microbiológico, etc.; aunque las pruebas de laboratorio se emplean para determinar la naturaleza del problema, sus resultados se deben interpretar no de manera aislada, sino a la luz de la HC y del examen físico.¹³

El odontólogo es un profesional que puede contribuir a la identificación temprana de enfermedades sistémicas en sus pacientes y referirlos para una atención temprana. Si se descarta el padecimiento sospechado, se evitará

¹² CASTELLANOS. Medicina en odontología: Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. Pag 594

¹³ CASTELLANOS. Op cit. Pag 594

ansiedad innecesaria para el paciente y si se confirma, puede ahorrarse tiempo muy valioso apresurando su manejo y control. Aunque el diagnóstico decisivo corresponde al médico, el odontólogo debe informar al paciente sobre anormalidades observadas y lograr que busque atención con el especialista.

IV. Diagnóstico

La historia del diagnóstico médico surge con los médicos hipocráticos (Alcmeon de Cretona) como proceder mental para nombrar la enfermedad, el diagnóstico se atiene a "lo que se ve en el enfermo": Hidropesía.¹⁴

El diagnóstico es un proceso inferencial, realizado a partir de un "cuadro clínico", destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente. Así mismo, es un elemento fundamental en la cadena de actividades que implica una buena atención médica. Si este es incorrecto, con mucha probabilidad llevará a conductas o decisiones erróneas, no exentas de riesgo.¹⁵

V. Pronóstico

Es necesario en todo paciente enfermo establecer el pronóstico de la enfermedad, este depende de la propia entidad, su forma clínica, las condiciones propias del paciente, gravedad evolutiva, respuesta probable a la acción terapéutica, comportamiento epidemiológico, enfermedades asociadas y estado nutricional, estado inmunitario, etc.

¹⁴ ILIZÁSTIGUI. El método clínico: muerte y resurrección

¹⁵ HERRERA, El proceso diagnóstico y su enseñanza en la medicina

Es necesario establecerlo a corto, mediano o largo plazos en dependencia de la enfermedad que se trate, para ello se necesita de experiencia profesional y conocimientos. Ya que el pronóstico es muy individual, una misma enfermedad no evolucionará igual en diferentes pacientes.

VI. Tratamiento.

El plan de tratamiento para un paciente comprende los objetivos del plan y las fases del mismo. Se describe la lista de problemas encontrados en el diagnóstico y se establecen los objetivos a aplicar con cada una para partir de un tratamiento ideal. La fase general incluye adaptación a la consulta, premedicación e interconsultas, mientras que la fase de tratamiento de saneamiento incluye consideraciones preventivas específicas, tratamiento periodontal, cirugía, endodoncia, restauraciones dentales y prótesis.¹⁶

I. Aspectos Legales y Éticos de la Historia Clínica

1. Capacidad legal para la realización de Historias Clínicas.

No pueden haber dudas de que la realización de las Historias Clínicas presupone el conocimiento e integración de una serie de datos provenientes de los estudios odontológicos, que solo el odontólogo tiene la capacidad legal para la realización por sí mismo de las Historias Clínicas, y para dirigir y orientar su elaboración en todas sus partes. La realización de una HC constituye, por tanto, un acto odontológico fundamental.¹⁷

¹⁶ "Manual para realización de historia clínica odontológica del escolar", pag 36

¹⁷ MOYA, Odontología legal y forense. Pag 81

2. Obligatoriedad de la práctica de las Historias Clínicas.

Siempre que exista un tratamiento, tiene que ir precedido de la realización de una Historia Clínica, y ello tanto en el sector público como en el ejercicio privado de la profesión.¹⁸

3. Aceptación por parte del paciente.

La realización de la HC no supone, en general, un acto profesional del que pueda derivarse daño a los pacientes, por lo que su realización queda dentro del llamado consentimiento tácito que todo paciente otorga a su odontólogo por el mero hecho de solicitar su asistencia.¹⁸

4. Identificación del paciente.

En el ejercicio privado de la profesión, se toma como filiación cierta la referida espontáneamente por el paciente, lo que no sucede en la asistencia pública, por lo que en ocasiones es preciso acudir a la identificación, sobre todo en aquellas áreas del ejercicio profesional que van a suponer elevados costos asistenciales o se van a librar documentos a los pacientes que pueden ser generadores de derechos.¹⁸

5. La Historia Clínica y los derechos del enfermo.

El odontólogo ha de esforzarse en que sus actuaciones no representen, para los enfermos, cercenamiento de sus derechos y, aunque el profesional no es legitimado para otorgar o no un derecho determinado, el pensamiento de los enfermos sobre si se respetan o no los derechos que le asisten va a depender, en gran medida, de la actitud del

¹⁸ MOYA, Op cit. Pag 81

odontólogo, lo cual lo obliga a actuar en todo momento en una línea tal que, desde la óptica de los pacientes, no pueda representar una limitación de sus derechos.¹⁹

6. Propiedad de las Historias Clínicas.

Las Historias Clínicas, cuando se realizan en el sector público son propiedad de la institución asistencial correspondiente, y cuando se han elaborado en el sector privado, la propiedad la ostenta el correspondiente profesional; esta propiedad se extiende a la totalidad de los datos y documentos integrados en la Historia Clínica. El odontólogo tiene la obligación de dar a sus pacientes, cuando estos lo soliciten, copia de las partes de la HC por las que se interesen.¹⁹

7. Privacidad de los datos de la Historia Clínica.

La totalidad de los datos que figuran en las Historias Clínicas tienen el carácter de confidenciales y secretos y no pueden trasladarse a terceros sin permiso expreso del paciente. No obstante, y como sea que las Historias Clínicas pueden cumplir otras finalidades que las meramente asistenciales, se considera lícito la toma de datos con fines científicos, siempre que se conserve el secreto respecto a la identificación de los enfermos. En aquellos supuestos en que intervengan varios profesionales en la asistencia de un enfermo determinado, todos ellos están obligados por el secreto compartido, que les prohíbe suministrar datos a cualquier persona ajena a las correspondientes actividades clínicas.¹⁹

¹⁹ MOYA, Op cit. Pag 81

8. Conservación de las Historias Clínicas.

Las instituciones asistenciales están obligadas a proporcionar las instalaciones y elementos adecuados para la conservación de las Historias Clínicas y para su manejo ulterior, de tal manera que solo los profesionales directamente implicados en el diagnóstico y tratamiento puedan tener acceso a ellas.

En la asistencia privada, el odontólogo debe mantener conservada la Historia Clínica, con los documentos o material que la complementa, por un máximo de 10 años con las debidas garantías para que terceros no tengan acceso a ellas.²⁰

4.1.2. Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud

En el Ministerio de Salud se vienen desarrollando procesos de modernización que buscan dar mayor autonomía y lograr mayor eficiencia en los establecimientos de salud con una lógica gerencial, que permita lograr mejores resultados. Estos nuevos desarrollos obligan necesariamente a adecuar la normatividad institucional, de la cual el manejo de las Historias Clínicas no es ajeno.

En tal sentido, la Norma Técnica busca dar respuesta a estos nuevos desafíos, contribuyendo a resolver las principales situaciones que, para todos los pacientes usuarios, personal y establecimientos de salud, plantea la HC.²¹

²⁰ MOYA, Op cit. Pag. 82

²¹ Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud.

A. Objetivos

- Establecer las normas y procedimientos para la administración y gestión de la HC a nivel del sector salud.
- Estandarizar el contenido básico de la HC para garantizar un apropiado registro de la atención de salud.

B. Base Legal

- Constitución Política del Perú.
- Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
- Ley N° 27604, que modificó la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en casos de Emergencias y Partos.
- Ley N° 27813 - Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27269 - Ley de Firmas y Certificados Digitales
- Decreto Legislativo N° 559, que aprobó la Ley de Trabajo Médico.
- Decreto Supremo N° 023-87-SA, que aprobó el Reglamento General de Establecimientos de Salud del Sub Sector No Público.
- Decreto Supremo N° 005-90-SA, que aprobó el Reglamento General de Hospitales del Sector Salud.

- Decreto Supremo N° 014-2002-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 27604 (Atención Médica en caso de Emergencias y Partos).
- Decreto Supremo 043-2003-PCM – Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Lineamientos de Política del Sector Salud para el periodo 2002 – 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006.
- Resolución Ministerial N° 155-2001-SA/DM, que aprobó las Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM, que aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 573-2003-SA/DM, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Red de Salud.
- Resolución Ministerial N° 235-2003-SA/DM, que aprobó el Modelo General de los Reglamentos de Organización y Funciones de los Institutos Especializados.

- Resolución Ministerial N° 616-2003-SA/DM, que aprobó el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.
- Resolución Ministerial N° 729-2003 SA/DM, que aprueba el Documento La Salud Integral: Compromiso de Todos – El Modelo de Atención Integral de Salud
- Resolución Ministerial N° 751-2003 SA/DM, que establece el Régimen de elaboración de Normas Técnicas generadas por los Órganos de Línea del Ministerio de Salud
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
- Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.²²

C. Estructura de la Historia Clínica según la Norma Técnica

I. Estructura básica:

a. Identificación del paciente

Es la sección o parte de la HC que contiene los datos de identificación del paciente, incluyendo el número de su HC y datos sobre el Establecimiento de Salud.²²

²² Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud.

b. Registro de la atención de salud

En esta sección se encuentra el registro de la atención de salud que se brinda al paciente, para lo cual el prestador de salud utiliza los formatos para consignar la información de la atención según naturaleza del servicio que presta.²³

c. Información complementaria

Corresponde a la sección de información complementaria los resultados de exámenes auxiliares, así como todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al paciente en el proceso de atención, tales como el consentimiento informado, documentos de referencia y contrarreferencia, documentación de seguros, y otros que se considere pertinente.²³

D. Formato de Atención Integral del Adulto

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, DNI, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación u oficio, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, DNI del acompañante.
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares

²³ Op cit

- Alergia a medicamentos
- Sexualidad
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

E. Calidad de la Historia Clínica

a. Análisis cuantitativo

Es la revisión de la HC para garantizar y comprobar su integridad; y de este modo, asegurar que se ajusta a la Norma Técnica de la HC de los Establecimientos del Sector Salud y reúne los estándares establecidos para ella por el Comité de Historias Clínicas del establecimiento o de la Dirección de Salud.

La realización de este análisis es responsabilidad de la unidad de archivo; es decir, del servicio de documentación médica.

La revisión requiere estándares y normas de procedimiento previos, para lo cual es necesario establecer un protocolo de análisis de los distintos documentos de forma muy precisa; este análisis tiene lugar mediante un procedimiento desarrollado de forma consensuada entre el departamento de documentación médica y los servicios clínicos de acuerdo con las normas de la institución.²⁴

Objetivo

El propósito de esta revisión es la detección, de forma rutinaria, de omisiones evidentes en la cumplimentación de la historia según las bases establecidas en la Norma Técnica. Lo que se persigue es que las historias se hallen más completas.²⁵

Componentes de la revisión o análisis cuantitativo

El análisis cuantitativo comprende la revisión de los siguientes aspectos de la Historia Clínica:

- Correcta identificación del paciente en todos los documentos.
- Presencia de todos los documentos necesarios y grado de cumplimentación.
- Autenticación: anotaciones fechadas y firmadas.
- Normalización de documentos.
- Ordenación de la historia.

²⁴RENAU, Evaluación de la calidad de las historias clínicas. Pag 36

²⁵RENAU. Ibit Pag 37

- Prácticas o uso de anotaciones correctas.

Revisión de la identificación

La revisión cuantitativa se inicia con la comprobación de la correcta identificación del paciente (al menos nombre del paciente y número de historia) en cada una de las hojas de la Historia Clínica. Ante la ausencia de datos identificativos en alguna hoja, se revisa la misma al objeto de determinar si pertenece al paciente cuya historia está siendo revisada. El análisis concurrente permite la corrección con mayor facilidad de las ausencias o errores en la identificación de los documentos.²⁶

Presencia de todos los documentos necesarios y grado de cumplimentación de los mismos.

La HC se halla integrada en parte por documentos básicos como la hoja de anamnesis, la de examen físico, notas de evolución, informe de alta, etc. Por otra parte, la existencia de otros documentos dependerá del curso que haya seguido el paciente, si al paciente se le realizaron pruebas diagnósticas, interconsultas o intervención quirúrgica, existirán documentos que informen de estas actividades; en todo caso se debe especificar qué documentos se revisan, y en qué momento.²⁶

Resulta habitual verificar:

- La existencia de informe de alta con la cumplimentación del diagnóstico principal, diagnósticos secundarios y procedimientos.

²⁶RENAU. Op cit. Pag 37

- La presencia y grado de cumplimentación de: anamnesis y exploración física, informes de interconsultas cuando aparezca una petición de interconsulta, informe histopatológico cuando el informe quirúrgico indique que el tejido fue extirpado, informes preanestésico, anestésico y postoperatorio.

Existen diversas propuestas sobre qué documentos revisar y de qué ítems debemos evaluar su cumplimentación.

Autenticación: anotaciones fechadas y firmadas

La revisión cuantitativa también debe comprobar que todas las anotaciones realizadas en la historia y los informes de la misma se hallen fechados y firmados. Así tras la realización del análisis cuantitativo se notificarán las ausencias al respecto.²⁷

Normalización documental

Se comprueba el grado de normalización en los formatos de los documentos, en la titulación de los mismos, en el espacio dedicado la identificación del paciente.²⁷

Ordenación de la historia

Se comprueba el grado de ordenación de los documentos que integran la historia clínica, según el protocolo de ordenación adoptado o vigente en el centro.²⁷

Prácticas de buena documentación en las historias

Bajo esta denominación nos referimos a una serie de aspectos de las anotaciones que se realizan en la historia

²⁷ RENAU. Op cit. Pag 37

clínica, tales, como la forma de corregir los errores cometidos en la elaboración de la historia, la existencia de espacios en blanco entre los documentos de la historia que deben ser rayados completamente para evitar la interpolación posterior, especialmente en las notas de evolución y órdenes médicas.²⁸

La corrección de los errores en la HC es un aspecto particularmente importante de la documentación, las modificaciones o alteraciones de los datos en las historias fácilmente dan lugar a demandas legales. Por ello, existen guías en las que se indica cómo se ha de proceder en estos casos. Así cuando es necesario corregir un error (esto sucede cuando el médico ha escrito en la HC de un paciente equivocado), el facultativo o persona que escriba suele trazar una línea fina a través de las líneas o párrafo erróneo, la frase “anotación errónea” se añade una nota que explica el error (tal como “HC de paciente equivocada”), fecha y su inicial, y posteriormente se inserta la anotación correcta en orden cronológico indicando a que anotación reemplaza ésta.²⁸

b. Revisión Cualitativa

Es la revisión de la HC para garantizar que:²⁸

- Contiene suficiente información para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final de la asistencia
- Todas las opiniones sean justificadas por estar apoyadas en hallazgos

²⁸ RENAU. Op cit. Pag 37

- No existen discrepancias o errores.

Por tanto, se revisa el contenido de la HC para detectar inconsistencias y omisiones que pudieran significar que la HC no es adecuada o se halla incompleta. La responsabilidad de este tipo de revisión recae en los facultativos y el comité de historias clínicas.

Objetivo

Esta revisión se realiza para hacer la HC más completa, al igual que el cuantitativo; y además, proporciona información para las actividades de gestión de calidad.

La práctica de este tipo de revisión favorece una mayor especificidad en la codificación de diagnósticos y procedimientos y la adecuada selección del diagnóstico principal.²⁹

Resultados

Detección de deficiencias corregibles, de patrones de mala documentación (no corregibles) y de sucesos potencialmente evitables.

Componentes del análisis cualitativo

- Completa y coherente anotación de diagnósticos.
- Coherencia en las anotaciones de todos los que intervienen en el cuidado del paciente.
- Descripción y justificación de la evolución.

²⁹RENAU. Op cit.

- Registro de todas las autorizaciones de consentimiento informado necesarias.
- Prácticas de documentación: legibilidad, uso de abreviaturas, evitar observaciones o comentarios ajenos, inexplicables omisiones de tiempo.
- Presencia de sucesos potencialmente evitables.

Completa y coherente anotación de diagnósticos

Cuando ingresa el paciente en el hospital se produce un diagnóstico de ingreso que es la razón de la admisión. Tras la anamnesis y exploración física se documenta una impresión diagnóstica o diagnóstico provisional que habitualmente debe ser confirmado mediante estudios o pruebas complementarias. En muchas ocasiones, la impresión diagnóstica inicial no puede concretarse a un único diagnóstico provisional, sino que, puede tratarse de diferentes patologías con manifestaciones similares. Este hecho se refleja en la HC como diagnóstico diferencial entre las distintas enfermedades o con expresiones del tipo: “a descartar”, “sospecha de”. En el caso de que se realice una intervención quirúrgica, se encontrará en la HC el diagnóstico preoperatorio, que traduce la indicación de la cirugía y lo que se espera encontrar en el acto quirúrgico. En el informe de la intervención figurará el diagnóstico postoperatorio que describe los hallazgos clínicos producidos en la intervención. El informe quirúrgico deberá contener ambos diagnósticos: pre y postoperatorio. El diagnóstico anatomopatológico, cuando se haya realizado, completa el diagnóstico postoperatorio. Al finalizar el episodio, se documentan los diagnósticos y procedimientos en el informe de alta. En el que deben

figurar el diagnóstico principal, diagnósticos secundarios (complicaciones y comorbilidades relacionadas con el ingreso), procedimiento principal y otros procedimientos.

De lo que se trata es de la detección de inconsistencias o incoherencias obvias en la documentación en lo que se refiere a los diagnósticos. Para ello se realiza una revisión de las diversas expresiones diagnósticas que se hallan descritos a lo largo de la Historia Clínica, que reflejan el grado de comprensión del estado del paciente en el momento en el que fueron registrados.

En todo caso debe existir cierta coherencia entre los diversos diagnósticos que se van describiendo desde el ingreso hasta el alta.³⁰

Coherencia en la información registrada

Otro aspecto en el que se realiza especial hincapié es en la coherencia de las anotaciones hechas en la historia por los distintos miembros del equipo asistencial participantes en la atención del paciente. Así, se revisa la historia para determinar si la documentación escrita por el personal sanitario muestra coherencia. Las áreas en la que, habitualmente, pueden existir inconsistencias son las notas de evolución del paciente escritas por diferentes miembros del equipo asistencial, las órdenes de tratamiento y el registro de la medicación suministrada. Un ejemplo de esta falta de consistencia o coherencia se daría si en la gráfica o en las observaciones de enfermería se indica que el paciente ha tenido un pico febril, mientras que, en las notas de evolución el médico indica que el paciente se halla apirético.

³⁰RENAU. Op cit. Pag 38

Descripción y justificación de la evolución

Además de la coherencia, la HC debe documentar los resultados de las pruebas diagnósticas, tratamiento, instrucciones dadas al paciente y la localización del paciente. Expresiones habituales del tipo: “El resultado de la prueba es normal”, “el paciente sigue bien” o “se le dan instrucciones al paciente” son ejemplos de generalizaciones que no describen nada. La HC debe mostrar los argumentos o razones que conducen a cada decisión, aunque la decisión sea no tomar ninguna medida. Esto es especialmente importante cuando se produce un cambio en los planes de tratamiento.

Se incluye en este apartado la revisión cronológica de las hojas de la HC del paciente ingresado para determinar si se refleja la localización general del paciente en todo momento o si se producen lapsos de tiempo. Las notas de enfermería en las que se indica cuándo deja el paciente la unidad y cuándo retorna se pueden usar como referencia para la obtención de este tipo de datos.³¹

Registro de todas las autorizaciones de Consentimiento Informado necesarias

El médico debe dejar constancia en la historia de la información proporcionada al paciente para que éste de su consentimiento informado o su negativa al mismo.

Prácticas de documentación: legibilidad, uso de abreviaturas, evitar observaciones o comentarios ajenos, inexplicables omisiones de tiempo

³¹RENAU. Op cit.

La evaluación de aspectos como la legibilidad y el uso de abreviaturas y acrónimos no normalizados en las Historias Clínicas entraña dificultad por la subjetividad del tema y la dificultad en la adopción de criterios con el que medir el grado de legibilidad.³²

Presencia de sucesos potencialmente evitables

Por último, la revisión cualitativa puede detectar lo que se denomina sucesos potencialmente evitables. Con este término se denomina a aquellos sucesos adversos que se producen a lo largo de la asistencia o como resultado de ella y que pueden derivar en reclamación o demanda judicial.³²

F. Consentimiento Informado

Es la aprobación del paciente, o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, antes de empezar una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos así como los beneficios teniendo como base sus aspectos éticos-legales. Debe ser registrado y firmado en un documento por el paciente o su representante legal y el profesional responsable.³³

³² Op cit

³³ SALIBA, El consentimiento informado en la clínica odontológica. Pag 37

4.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

a. Internacional

- Título: *“Evaluación de un archivo de historias clínicas mediante la aplicación de métodos de control estadístico de la calidad”*
- Autor: Paula Asensio Villahoz y Juan Antonio Vicente Vírseda
- Año: 2011
- Resumen: **Fundamentos:** La cumplimentación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización es obligatoria para todos los hospitales. Depende de un buen funcionamiento del Archivo de Historias Clínicas. El objetivo de este estudio es hacer una evaluación continua de la calidad del Archivo de Historias Clínicas con técnicas estadísticas de Diagramas de Control.
Métodos: De junio 2005 a enero 2009 se realizó una búsqueda retrospectiva de las altas pendientes de codificar en el CMBD de un hospital de tercer nivel. Se registraron en Excel las altas/Historias Clínicas: buscadas, encontradas, prestadas, con incidencias y no localizadas de cada mes/año estudiado. Se calculó el Índice de Eficacia Global, considerándose el valor del estándar de calidad 0,9. Y para conocer la calidad del proceso a lo largo de todo el período de estudio y en cada mes/año analizado, se aplicaron los test gráficos del Diagrama de Control de Shewhart y de Sumas Acumuladas (CUSUM). **Resultados:** El Índice de Eficacia Global fue 0,95. Los mayores % de errores correspondieron a noviembre 2008 con 55 (11,73%) y junio 2008 con 14 (10,45%). En los Diagramas de Control destacan los valores anormalmente altos, obtenidos tras la estandarización, en julio 2005 (7,42) y noviembre 2008 (7,00). Y en CUSUM se observó un punto fuera de control al inicio, julio

2005 (5,95), aunque hasta junio 2007 la media (4,70%) se situó ligeramente por debajo de la media global (4,81%). Aumentando a partir de julio 2007 (5,02%). Conclusión: La calidad del Archivo ha ido variando a lo largo del tiempo, siendo más baja especialmente al final del estudio.

b. Nacional

- Título: *“Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011”*
- Autor: Juan P. Matzumura Kasano, Hugo Gutiérrez Crespo, Janeth Sotomayor Salas, Gabriela Pajuelo Carrasco
- Año: 2014
- Resumen: El eje de la auditoría médica es una HC adecuadamente confeccionada. La HC es la constancia escrita de todos los exámenes médicos, estudios realizados y tratamientos aplicados durante el transcurso de la enfermedad. Objetivo: Evaluar la calidad de registro de las historias clínicas de Consultorios Externos del Servicio de Medicina Interna en la Clínica Centenario Peruano Japonesa. Diseño: Descriptivo de corte transversal. Lugar: Consultorios externos del Servicio de Medicina Interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa. Material: Historias clínicas de pacientes atendidos en la consulta externa del Servicio de Medicina Interna. Métodos: Se evaluó 323 historias clínicas mediante un muestreo aleatorio simple, las cuales fueron sometidas a una ficha de auditoría que comprendía 10 ítems, cada uno calificado con 10 puntos, para un total de 100 puntos: fecha y hora de atención, pulcritud y legibilidad, anamnesis adecuada, signos vitales, examen físico, diagnóstico, plan de trabajo, exámenes auxiliares, tratamiento

completo y firma y sello del médico. Las historias que obtenían un puntaje total mayor o igual de 80 fueron calificadas como 'aceptables'; las restantes como 'falta mejorar'. Principales medidas de resultados: Historias auditadas aceptables o falta mejorar. Resultados: El 63,8% (206) de las historias tenía una calidad de registro 'aceptable', mientras que en 36,2% (117) de historias, la calidad de registro 'falta mejorar'. Los ítems diagnóstico y tratamiento completo fueron los que presentaron un registro deficiente con mayor frecuencia, tanto en aquellas historias que cumplían un registro aceptable (64,6% y 62,6% llenadas de modo completo, respectivamente) como en aquellas con registro falta mejorar (20,5% y 23,1%, respectivamente). La firma y sello del médico tratante fue el ítem que en ambas categorías era el mejor registrado (99,5% y 93,2%, respectivamente). Conclusiones: Más de la mitad de las historias clínicas estudiadas cumplieron con una calidad de registro aceptable para los estándares en la Clínica Centenario Peruano Japonesa.



CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICA

Observación directa de Historias Clínicas.

1.2. INSTRUMENTOS

a. Instrumento documental

a.1 Especificación

- Historias Clínicas
- Ficha de observación y recolección de datos

a.2 Instrumento

- Ficha de observación

b. Instrumentos Mecánicos

- Computadora

c. Materiales

- Materiales de escritorio

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

La investigación se realizó en la Clínica Odontológica de la UCSM

2.2. TEMPORALIDAD

El estudio es retrospectivo, comprendió el semestre par del año 2016

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

a. Caracterización de los casos

- Criterios de Inclusión

Historias Clínicas proporcionadas por los alumnos de X semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM que desearon colaborar con la investigación de lo cual solo se revisó el formato mas no la información personal de los pacientes.

- Criterios de Exclusión

Historias Clínicas no proporcionadas.

b. Cuantificación de los casos

Se tomaron al azar las Historias Clínicas elaboradas por los 100 alumnos matriculados en el semestre par del año 2016.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN

3.1. ORGANIZACIÓN

Antes de realizar la investigación se realizaron previamente los siguientes trámites:

- Aprobación del proyecto de Investigación por la Universidad.
- Coordinación con el Director de la clínica odontológica de la UCSM
- Gestionar la autorización para acceder a las Historias Clínicas.

3.2. RECURSOS

3.2.1. Recursos Humanos

- Investigador : Deyfilia Fiorella Moscoso Medina
- Asesor : Dr. Enrique De los Ríos Fernández

3.2.2. Recursos Físicos:

- Documentación de la biblioteca de la Universidad Católica de Santa María.

3.2.3. Recursos económicos

La investigación fue autofinanciada.

3.2.4. Recursos institucionales

- Local de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María.

3.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La validación del instrumento se realizó por juicio de expertos.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. SISTEMATIZACIÓN

4.1.1. Clasificación

Una vez obtenidos los datos en la ficha de observación, estos fueron ordenados en una matriz de sistematización.

4.1.2. Recuento

El procesamiento fue manual y de computación mediante la contabilización de la información, para tal efecto se empleará un plan de tabulación basado en el empleo de matrices de conteo.

4.1.3. Análisis de Datos

Variable General	Carácter Estadístico	Escala de medición	Estadística Descriptiva
Historia clínica	Cualitativo	Nominal	

4.1.4. Plan de tabulación

- Se utilizaron tablas y cuadros numéricos.

4.1.5. Graficación

- Gráficas en barras.

4.2. ESTUDIO DE LOS DATOS

4.2.1. Metodología de la Interpretación

- Jerarquización de datos
- Comparación de los datos entre si
- Apreciación crítica

4.2.2. Modalidades Interpretativas

Se utilizó interpretación subsecuente a cada cuadro y una discusión de los datos.

4.2.3. Operaciones para la interpretación de cuadros

- Se aplicó el análisis de la información, inducción y deducción.

4.2.4. Niveles de interpretación

- Se aplicó fundamentalmente los niveles explicativos y predictivos.

4.3. EN EL ÁMBITO DE CONCLUSIONES

Los resultados respondieron concisamente a los requerimientos de los indicadores, objetivos.

4.4. EN EL ÁMBITO DE RECOMENDACIONES

Fueron de acuerdo a los resultados finales de la investigación siguiendo las orientaciones siguientes: a nivel de formación profesional, a nivel de ejercicio profesional, a nivel de la línea de investigación y a nivel de la aplicación práctica.



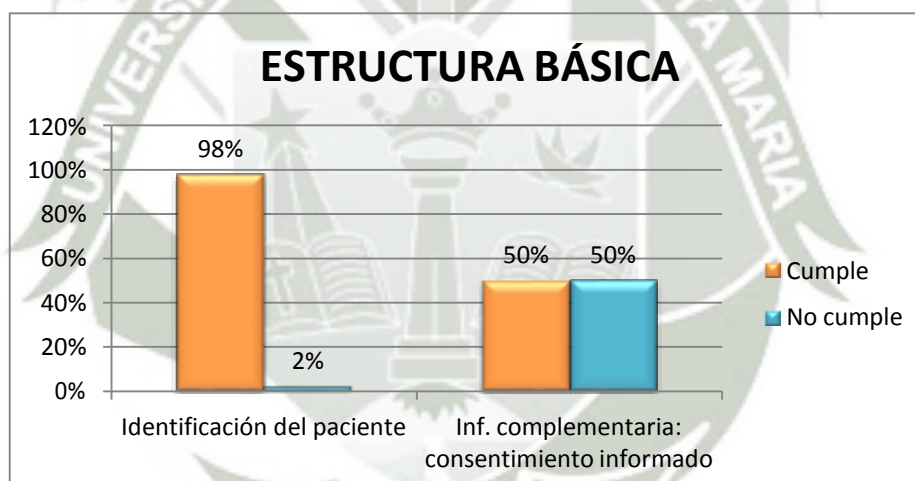
CUADRO N° 01

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ESTRUCTURA BÁSICA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS REALIZADAS POR LOS ALUMNOS DE X SEMESTRE DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCSM. AREQUIPA - 2016

Indicador	Identificación del paciente		Información complementaria: consentimiento informado	
	n	%	n	%
Cumple	98	98%	50	50%
No cumple	2	2%	50	50%
TOTAL	100	100%	100	100%

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N°01



Fuente: Cuadro N°01

INTERPRETACIÓN

Se observa en el cuadro N°01 y gráfico N°01 que la gran mayoría de las Historias Clínicas (98%) cumplen con la Identificación del paciente incumpliendo este ítem el restante 2%; mientras que la presencia del Consentimiento, considerado Información complementaria, alcanzó un proporción del 50% de cumplimiento.

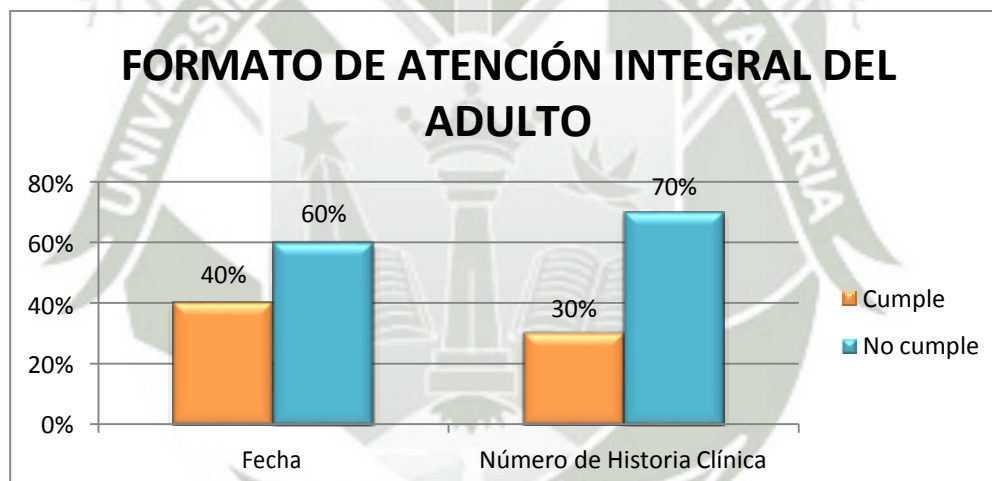
CUADRO N° 02

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL
ADULTO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS REALIZADAS POR LOS
ALUMNOS DE X SEMESTRE DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UCSM.
AREQUIPA – 2016**

Indicador	Fecha		Número de historia clínica	
	N	%	n	%
Cumple	40	40%	30	30
No cumple	60	60%	70	70%
TOTAL	100	100%	100	100%

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N°02



Fuente: Cuadro N°02

INTERPRETACIÓN

Se observa en el cuadro N°02 y gráfico N°02 que solo el 40% cumple colocando la fecha en las Historias Clínicas y que únicamente el 30% lleva registro del número de cada Historia Clínica.

CUADRO N° 03

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL
ADULTO, DATOS PERSONALES, DE LAS HISTORIAS CLINICAS
REALIZADAS POR LOS ALUMNOS DE X SEMESTRE DE LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UCSM.
AREQUIPA - 2016

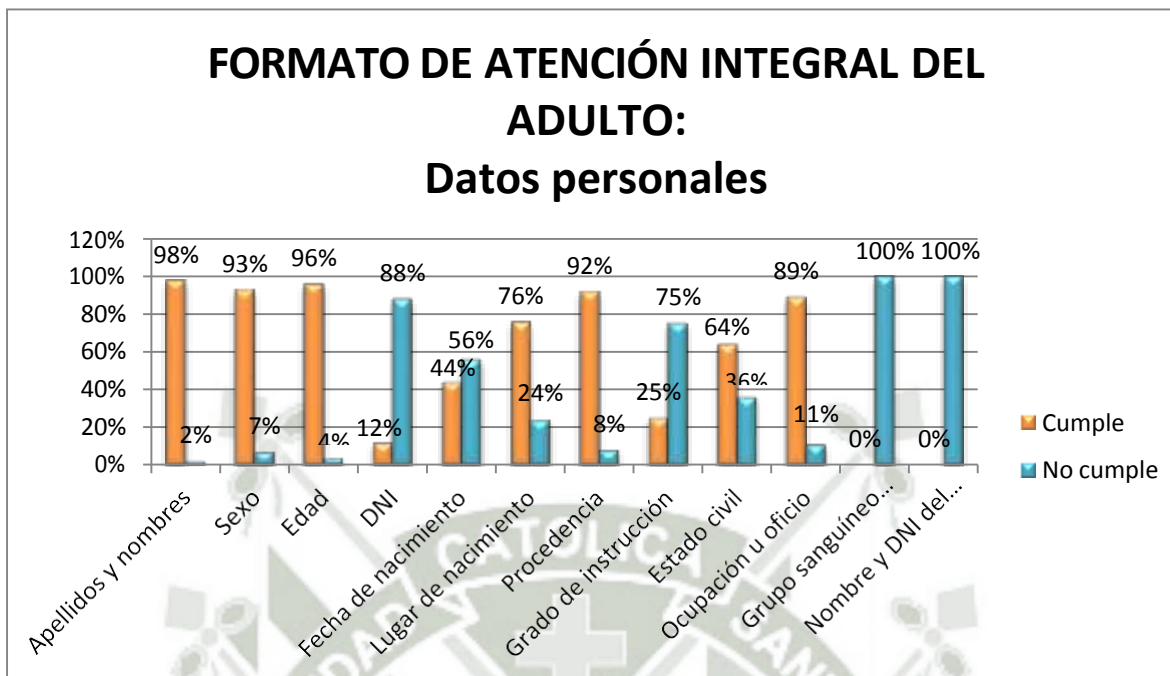
Indicador	Datos personales							
	Apellidos y nombres		Sexo		Edad		DNI	
	n	%	n	%	N	%	N	%
Cumple	98	98%	93	93%	96	96%	12	12%
No cumple	2	2%	7	7%	4	4%	88	88%
TOTAL	100	100%	100	100%	100	100%	100	100%

Indicador	Datos personales							
	Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Procedencia		Grado de instrucción	
	n	%	n	%	N	%	N	%
Cumple	44	44%	76	76%	92	92%	25	25%
No cumple	56	56%	24	24%	8	8%	75	75%
TOTAL	100	100%	100	100%	100	100%	100	100%

Indicador	Datos personales							
	Estado civil		Ocupación u oficio		Grupo sanguíneo y factor Rh		Nombre y DNI del acompañante	
	n	%	n	%	N	%	N	%
Cumple	64	64%	89	89%	0	0%	0	0%
No cumple	36	36%	11	11%	100	100%	100	100%
TOTAL	100	100%	100	100%	100	100%	100	100%

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 03



Fuente: Cuadro N°03

INTERPRETACIÓN

Se observa en el cuadro N°03 y gráfico N°03 que en su mayoría se consignan los datos personas en las Historias Clínicas siendo estos en una escala decreciente los Apellidos y nombres (98%), Edad (96%), Sexo (93%), Procedencia (92%), Ocupación u oficio (89%), Lugar de nacimiento (76%) y Estado civil (64%). Sin embargo, se observa una deficiencia al 100% del Grupo sanguíneo y factor Rh, y del Nombre y DNI del acompañante; así mismo, se observa una carencia del registro de DNI (88%), Grado de instrucción (75%) y Fecha de nacimiento (56%).

CUADRO N°4

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL
ADULTO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS REALIZADAS POR LOS
ALUMNOS DE X SEMESTRE DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UCSM.
AREQUIPA - 2016

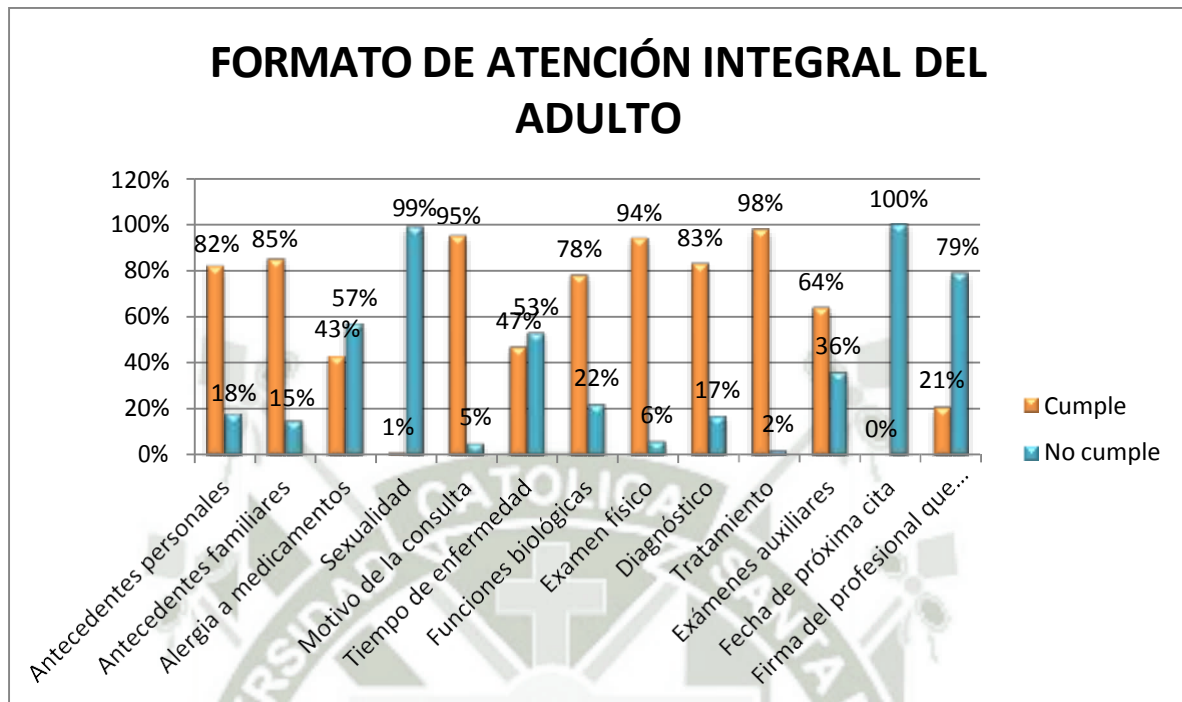
Indicador	Antecedentes personales		Antecedentes familiares		Alergia a medicamentos		Sexualidad		Motivo de la consulta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cumple	82	82%	85	85%	43	43%	1	1%	95	95%
No cumple	18	18%	15	15%	57	57%	99	99%	5	5%
TOTAL	100	100%	100	100%	100	100%	100	100%	100	100%

Indicador	Tiempo de enfermedad		Funciones biológicas		Examen físico		Diagnóstico	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cumple	47	47%	78	78%	94	94%	83	83%
No cumple	53	53%	22	22%	6	6%	17	17%
TOTAL	100	100%	100	100%	100	100%	100	100%

Indicador	Tratamiento		Exámenes auxiliares		Fecha de próxima cita		Firma del profesional que presta atención	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cumple	98	98%	64	64%	0	0%	21	21%
No cumple	2	2%	36	36%	100	100%	79	79%
TOTAL	100	100%	100	100%	100	100%	100	100%

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N°04



Fuente: Cuadro N°04

INTERPRETACIÓN

Se observa en el cuadro N°03 y gráfico N°03 que respecto al Formato de atención del adulto, existen altos porcentajes de cumplimiento en las diversas categorías evaluadas tales como Tratamiento (98%), Motivo de la consulta (95%), Examen Físico (94%), Antecedentes familiares (85%), Diagnóstico (83%), Antecedentes personales (82%), Funciones biológicas (78%) y Exámenes Auxiliares (64%); mas sin embargo, se observa también un 100% de incumplimiento de Fecha de próxima cita, un 99% no indica la sexualidad del paciente, el 79% de las Historias Clínicas no presenta Firma del profesional que presta atención, el 57% no menciona acerca de Alergia a medicamentos que pueda tener el paciente y un 53% no hace referencia acerca de Tiempo de la enfermedad.

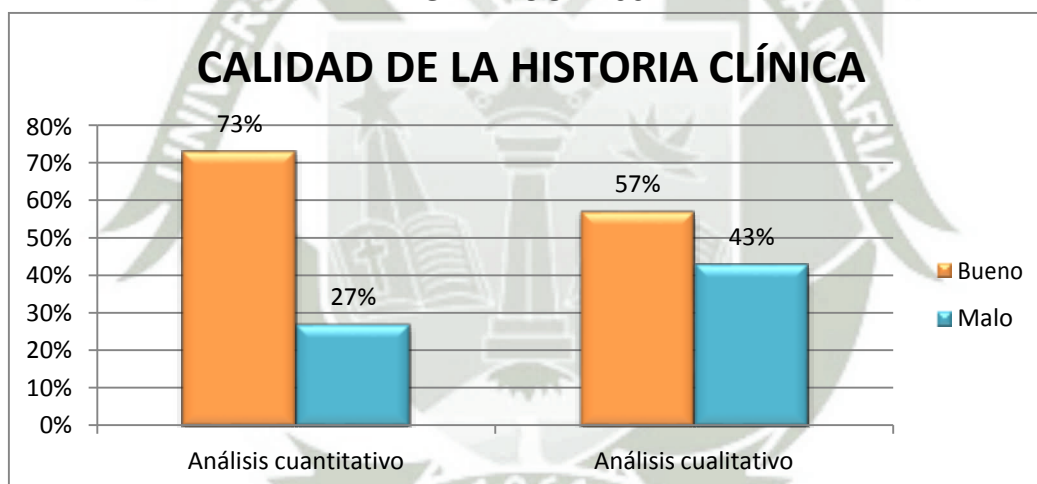
CUADRO N°5

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS
REALIZADAS POR LOS ALUMNOS DE X SEMESTRE DE LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UCSM.
AREQUIPA - 2016**

CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA				
Indicador	Análisis cuantitativo		Análisis cualitativo	
	n	%	n	%
Bueno	73	73%	57	57%
Malo	27	27%	43	43%
TOTAL	100	100%	100	100%

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N°05



Fuente: Cuadro N°05

INTERPRETACIÓN

Se observa en el cuadro N°05 y gráfico N°05 que en su mayoría las Historias Clínicas son de buena calidad, tanto al Análisis cuantitativo (73%) como al Análisis cualitativo (57%)

CONCLUSIONES

PRIMERA

El Formato de atención integral del adulto presentado en la Norma Técnica Legal incluye el contenido mínimo de ítems que corresponden y deben estar incluidas en cada HC a modo de guía-esquema. Tras la revisión de cada punto, se deduce la importancia y valor que tiene cada uno durante la elaboración de la HC.

SEGUNDA

Cada ítem presentado en las HC elaboradas por los alumnos de X semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM está orientado al ámbito estomatológico e incluso se incluyen otros que son omitidos en el Formato presentado en la Norma Técnico Legal, entre ellos la Revisión sistemática en la Anamnesis y exámenes sobre Tiempo de Coagulación y Sangría para casos con tratamiento de cirugía.

TERCERA

En el contenido de las HC evaluadas en cuanto a estructura, pertinencia y cumplimiento de los parámetros establecidos por la Norma Técnica, se encontraron deficiencias absolutas (100%) en cuanto a Grupo sanguíneo y factor Rh, Nombre y DNI del acompañante y Fecha de próxima cita; sin embargo, cabe recalcar que en su mayoría, los porcentajes de cumplimiento de los parámetros evaluados eran altos superando con mayor frecuencia el 50%. Tanto al análisis cualitativo como cuantitativo, los resultados fueron positivos en su mayoría.

DISCUSIÓN

El propósito fundamental de este estudio fue analizar la estructura y formato utilizado para la elaboración y llenado de las Historias Clínicas por los alumnos de X semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM, para de esta manera poder reconocer los déficits y así proponer soluciones para mejorar la calidad de las Historias Clínicas.

Para poder hacer esta investigación, se hizo una comparación con el Formato de atención integral del adulto presentada en la Norma Técnica, documento en el que se consigna el contenido mínimo de variables presentes en la Historia Clínica.

Las investigaciones revisadas sobre el estudio de Historias Clínicas respecto a la calidad de su registro, coinciden con los hallazgos del presente estudio ya que en ambos se puede concluir que de seguir con las pautas mínimas requeridas, se contribuye de manera directa a una mejor calidad de atención de los pacientes, a mejorar la gestión de los establecimientos de salud y así mismo, a facilitar información con fines de investigación y docencia.

RECOMENDACIONES

1. Es de suma importancia crear en los alumnos, futuros profesionales de la Salud, conciencia de la importancia de la óptima diligencia de la HC en estructura y pertinencia ya que es el principal elemento probatorio en casos de responsabilidad profesional.
2. Enfatizar en la importancia de cada componente de la Historia Clínica, ya que son preponderantes para apoyar un adecuado diagnóstico y por ende un correcto tratamiento.
3. Hacer uso de HC completas para el tratamiento de los pacientes de la Clínica Odontológica de la UCSM y no solo llevar el registro en las fichas, actualmente existentes, que correspondan a cada área de tratamiento.
4. Administrar correctamente los mecanismos y procedimientos que siguen las HC según la Norma Técnica de manera tal, que se pueda responder con criterios de calidad.
5. Promover cursos pre-clínica que refuercen la importancia legal, ética y profesional de la correcta elaboración de las HC.
6. La Odontología es un área de Salud que debería ser más considerada en la elaboración de normas y leyes en general, haciendo hincapié en la Norma Técnica Legal ya que tras el estudio de la misma, es evidente que va dirigida en torno a la labor médica quitándole importancia al odontólogo, el cual practica también actos de relevancia.

BIBLIOGRAFÍA

- ARANGO, Juan. Odontología forense en la identificación humana, Editorial Sello. 2013
- BOTERO, Paola; PEDROZA, Andrea; VELEZ, Natalia; ORTIZ, Alexandra, CALAO, Eliana; BARBOSA, Diana. Manual para realización de historia clínica odontológica, Editorial Universidad Cooperativa de Colombia. 2007
- CANEDO, Mayo. Cirugía Bucal. UCSM. 2014
- CARRASCO, Patricio. Aportes de la Odontología Forense a la Investigación Médico Legal y Criminalística. 2012.
- CASTELLANOS, José Luis; DÍAZ, Laura; LEE, Enrique. Medicina en odontología: Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 3ra edición. 2015
- CHIMENOS, Eduardo. La Historia Clínica en Odontología, 1ra edición, editorial MASSON. 1998
- CIOCCA, Luis. Odontología Medico-Legal, Editorial EJS.2010
- MOYA, Vicente; ROLDÁN Bernabé, SÁNCHEZ José. Odontología legal y forense, Editorial Masson. 1994
- Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud. 2005

HEMEROGRAFÍA

- CARUGATI, Alberto Anamnesis clínica o biografía del enfermo en la clínica médica general. 2013
- COSSIO, Eddy; SOLIS, Alan; CASTELLON, Nardy; DAVALOS, Milka; JARRO, Ruth. Tipificación del grupo sanguíneo A B O y el factor Rh en la población de Totora-Cochabamba gestión 2012.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332013000100007
- EYMIN, Gonzalo; AIZMAN, Andrés; LOPETEGUI, Marcelo; MANJARREZ, Efren. Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n2/art12.pdf>
- HERRERA, Ana; SERRA, Miguel. El proceso diagnóstico y su enseñanza en la medicina
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000100017
- ILIZÁSTIGUI, Fidel. El método clínico: muerte y resurrección
<http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v14n2/ems01200.pdf>
- J. DE OLIVEIRA, Suzana. Nombre civil: un derecho fundamental. 2007
- MATZUMURA, Juan; GUTIÉRREZ, Hugo; SOTOMAYOR, Janeth; PAJUELO, Gabriela. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. 2014
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v75n3/a07v75n3.pdf>
- MONTERO, Adela. Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia.
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001000001
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n10/art01.pdf>

PANACE. La historia clínica: aspectos lingüísticos y jurídicos Vol. 3, N° 8.

Junio, 2002

RENAU, J; PÉREZ-SALINA, I. Evaluación de la calidad de las historias clínicas.

2001

SALAZAR, Esmeralda; PIMENTEL, Eva. Reacciones alérgicas a los fármacos

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652002000100017

TEJERO, Mercedes. Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de

Santos, 2004





Modelo del instrumento

HC Nº: _____

I. ESTRUCTURA BÁSICA	CUMPLE	NO CUMPLE
1. Identificación del paciente		
2. Información complementaria – Consentimiento informado		
II. FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO	CUMPLE	NO CUMPLE
1. Fecha		
2. N° de Historia Clínica		
3. Datos generales:		
3.1. Apellidos y nombres		
3.2. Sexo		
3.3. Edad		
3.4. DNI		
3.5. Fecha de nacimiento		
3.6. Lugar de nacimiento		
3.7. Procedencia		
3.8. Grado de instrucción		
3.9. Estado civil		
3.10. Ocupación u oficio		
3.11. Grupo sanguíneo y factor Rh		
3.12. Nombre y DNI del acompañante		
4. Antecedentes personales		
5. Antecedentes familiares		
6. Alergia a medicamentos		
7. Sexualidad		
8. Motivo de consulta		
9. Tiempo de enfermedad		
10. Funciones biológicas		
11. Examen físico		
12. Diagnóstico		
13. Tratamiento		
14. Exámenes auxiliares		
15. Referencia		
16. Fecha de próxima cita		
17. Firma del profesional que presta la atención		
III. CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA	BUENO	MALO
1. Análisis cuantitativo		
2. Análisis cualitativo		

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS

N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02

**NORMA TÉCNICA DE LA HISTORIA CLÍNICA
DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD**

Lima, 2005

NORMA TÉCNICA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	5
II. OBJETIVOS	6
III. BASE LEGAL	7
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	8
V. DEFINICIONES	8
VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	10
VI.1 ESTRUCTURA DE HISTORIA CLÍNICA	12
VI.2 PROCESOS DE ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	31
▪ TÉCNICO-ADMINISTRATIVO	
▪ TÉCNICO-ASISTENCIAL	
VII. RESPONSABILIDADES	39
VIII. DISPOSICIONES FINALES	39
IX. BIBLIOGRAFÍA	40
X. ANEXOS	41

NORMA TÉCNICA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD

I. INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica y en general todos los registros médicos, constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia.

Por ello, es necesario administrar correctamente todos los mecanismos y procedimientos que siguen las Historias Clínicas desde su apertura, de manera tal, que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad las demandas cada vez más exigentes de los pacientes/usuarios y de los prestadores de servicios de salud (personal y establecimientos de salud). Más aún, si se tiene en cuenta la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, que revalora a los usuarios de los servicios de salud y los posiciona como eje de las organizaciones y de las prestaciones de salud.

Así mismo, en el Ministerio de Salud se vienen desarrollando gradualmente procesos de modernización que buscan dar mayor autonomía y lograr mayor eficiencia en los establecimientos de salud con una lógica gerencial, que permita lograr mejores resultados. Estos nuevos desarrollos obligan necesariamente a adecuar la normatividad institucional, de la cual el manejo de las Historias Clínicas no es ajeno.

En tal sentido, la presente Norma Técnica busca dar respuesta a estos nuevos desafíos, contribuyendo a resolver las principales situaciones que para todos los pacientes usuarios, personal y establecimientos de salud, plantea la Historia Clínica.

II. OBJETIVOS

1. Establecer las normas y procedimientos para la administración y gestión de la Historia Clínica a nivel del sector salud.
2. Estandarizar el contenido básico de la Historia Clínica para garantizar un apropiado registro de la atención de salud.

III. BASE LEGAL

1. Constitución Política del Perú.
2. Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
3. Ley N° 27604, que modificó la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en casos de Emergencias y Partos.
4. Ley N° 27813 - Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
5. Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
6. Ley N° 27269 - Ley de Firmas y Certificados Digitales
7. Decreto Legislativo N° 559, que aprobó la Ley de Trabajo Médico.
8. Decreto Supremo N° 023-87-SA, que aprobó el Reglamento General de Establecimientos de Salud del Sub Sector No Público.
9. Decreto Supremo N° 005-90-SA, que aprobó el Reglamento General de Hospitales del Sector Salud.
10. Decreto Supremo N° 014-2002-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
11. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 27604 (Atención Médica en caso de Emergencias y Partos).
12. Decreto Supremo 043-2003-PCM – Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
13. Lineamientos de Política del Sector Salud para el periodo 2002 – 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006.
14. Resolución Ministerial N° 155-2001-SA/DM, que aprobó las Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
15. Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM, que aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
16. Resolución Ministerial N° 573-2003-SA/DM, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Red de Salud.
17. Resolución Ministerial N° 235-2003-SA/DM, que aprobó el Modelo General de los Reglamentos de Organización y Funciones de los Institutos Especializados.
18. Resolución Ministerial N° 616-2003-SA/DM, que aprobó el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.
19. Resolución Ministerial N° 729-2003 SA/DM, que aprueba el Documento La Salud Integral: Compromiso de Todos – El Modelo de Atención Integral de Salud
20. Resolución Ministerial N° 751-2003 SA/DM, que establece el Régimen de elaboración de Normas Técnicas generadas por los Órganos de Línea del Ministerio de Salud
21. Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
22. Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
23. Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica es de aplicación nacional en todos los establecimientos de salud del Sector Público y Privado.

V. DEFINICIONES

1. Acto Médico:

Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos. Los actos médicos mencionados son de exclusivo ejercicio del profesional médico.

2. Atención de Salud:

Es el conjunto de acciones de salud que se brinda a la persona, las cuales tienen como objetivo la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que son efectuadas por el equipo de salud.

3. Comité de Historia Clínica:

El Comité de Historia Clínica es un Comité del Cuerpo Médico de los Establecimientos de Salud del II y III nivel de atención, y de las Direcciones Regionales de Salud en el caso de establecimientos de salud de primer nivel, teniendo la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la Historia Clínica así como el cumplimiento de todas las disposiciones incluidas en la presente norma.

4. Consentimiento Informado:

Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según Ley General de salud, artículos 4º y 40º.

5. Egreso:

Es la salida del paciente del establecimiento de salud, dando fin a su hospitalización.

6. Establecimiento de Salud:

Constituye la Unidad Operativa de la oferta de servicios de salud, clasificada en una categoría e implementada con recursos humanos, materiales y equipos encargada de realizar actividades asistenciales y administrativas que permiten brindar atenciones sanitarias ya sean preventivas, promocionales, recuperativas o de rehabilitación tanto intramural como extramural, de acuerdo a su capacidad resolutoria y nivel de complejidad.

7. Etapas de Vida:

Para el I nivel de atención, se tendrá en cuenta las etapas de vida definidas en el documento marco del Modelo de Atención Integral de Salud: etapa del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, en caso de los establecimientos del MINSA; en los otros sub sectores, se adecuarán, según la factibilidad de sus instituciones.

8. Historia Clínica:

Es el documento médico legal, que registra los datos, de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente.

9. Carpeta Familiar

Es el conjunto de formatos que contiene la ficha familiar con los datos del jefe de familia y sus integrantes, condición socio-económica de la familia y la definición de riesgos como grupo familiar, así como las historias clínicas individuales de los miembros integrantes de la familia con el enfoque de etapas de vida. Serán utilizadas en el I Nivel de Atención en establecimientos de salud con población asignada.

10. Historia Clínica Transeúnte

Es la Historia Clínica Individual utilizada en el I nivel de atención en establecimientos de salud con población asignada, cuando el paciente no pertenece a esta población y acude en forma transitoria al mismo.

11. Hoja de Autorización de Ingreso:

Es el documento por el cual el paciente o su representante autorizan la hospitalización y la puesta en práctica de aquellas medidas diagnósticas o terapéuticas que los profesionales de la salud consideren oportunas y que no precisen de una hoja de consentimiento informado.

12. Hoja de Retiro Voluntario:

Es el documento en el que el paciente o su representante legal ejerciendo su derecho deja constancia de su decisión de abandonar el establecimiento donde permaneció hospitalizado, o en observación para el caso de emergencias, en contra la opinión médica, asumiendo la responsabilidad de las consecuencias que de tal decisión pudieran derivarse, en caso que esté en peligro la vida, se deberá comunicar a la autoridad judicial competente, para dejar expedita las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la salud del paciente. (Conforme a lo señalado en el artículo 4 de la Ley General de Salud)

13. Índice de Pacientes:

Es un registro permanente ordenado en forma alfabética, que identifica a todas las personas, que han sido atendidas en el establecimiento de salud y las relaciona con su historia clínica.

14. Médico Tratante:

Es el médico que toma bajo su responsabilidad la atención de un paciente.

15. Métodos de Archivo de la Historia Clínica:

Son las formas de organizar las Historias Clínicas en el Archivo Clínico. En el primer nivel de atención, en el caso de establecimientos con población asignada, las carpetas familiares se ordenarán en sectores, los que serán definidos por el propio establecimiento de salud.

15.1 Método Convencional:

Es un método a través del cual las Historias Clínicas o carpetas familiares se archivan en estricto orden numérico ascendente, siguiendo una secuencia consecutiva según el orden de inscripción. Es útil en archivos clínicos con un volumen inferior a 10,000 historias.

15.2 Método Dígito Terminal:

Es un método rápido, seguro y preciso de archivar las Historias Clínicas o carpetas familiares, basado en un principio matemático que asegura una distribución igual, entre 100 secciones.

15.2.1 Método Dígito Terminal Simple:

Es una modalidad del método de archivo dígito terminal en el cual el archivo se divide en 100 secciones que comienza del 00 al 99 y las historias se archivan en la sección correspondiente a los dos últimos dígitos del número y en orden consecutivo. Es aplicable en archivos cuyo volumen de historias es mayor de 10,000 y menor de 100,000.

15.2.2 Método Dígito Terminal Compuesto:

Es un método más complejo. Permite archivar las historias de manera más rápida, segura y precisa. Se divide al Archivo inicialmente en 100 secciones (00 – 99), cada una de las cuales a su vez se subdivide en 100 divisiones. Para archivar una historia clínica se toma como primer elemento los dos últimos números, los cuales constituyen su sección; luego se toman los dos números centrales y se ubica la división dentro de la sección correspondiente. Los dos primeros números sirven para ubicar el orden consecutivo que le corresponde dentro de la división respectiva. Es aplicable en archivos cuyo volumen es mayor de 100, 000 historias.

16. Paciente

Es toda persona sana o enferma que recibe una atención de salud.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

1. Los establecimientos de salud, implementarán la norma de Historia Clínica bajo responsabilidad de los directores o jefes correspondientes.
2. Todo acto médico brindado a los usuarios en los establecimientos será registrado en la Historia Clínica, que constituye el registro primario de cada atención.

3. Las Historias Clínicas deberán estar accesibles al personal autorizado durante el horario de atención del establecimiento.
4. Las Historias Clínicas que se aperturen para registrar las atenciones en consulta externa y hospitalización serán documentos individuales y únicos para cada usuario.
5. El establecimiento queda obligado a entregar copia de la Historia Clínica, incluida la epicrisis, cuando el usuario o su representante legal lo soliciten, en cuyo caso el costo será asumido por el interesado.
6. Para la elaboración de la Historia Clínica, se deberá tener en cuenta el nivel de atención y el tipo de prestación:
 - En el I nivel de atención, en los establecimientos de salud con población asignada, se utilizará la Carpeta Familiar y los formatos según etapas de vida definidas en el documento marco del Modelo de Atención Integral: Niño, adolescente, adulto y adulto mayor.
 - En el I nivel de atención, en los establecimientos de salud que no tienen población asignada, se utilizarán los formatos relacionados a la prestación en consulta ambulatoria, emergencia y para el caso de internamiento se utilizarán los formatos de hospitalización según corresponda.
 - En el II y el III nivel de atención se utilizarán los formatos relacionados a la prestación en consulta ambulatoria, emergencia y hospitalización.

FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Formatos						
	Etapas de Vida				Tipo de Prestación		
Primer Nivel:	Consulta Externa				Consulta Externa	Hospitalización	Emergencia
	Niño	Adolescente	Adulto	Adulto Mayor			
I 1	x	x	x	X			
I 2	x	x	x	x			x
I 3	x	x	x	x			x
I 4	x	x	x	x		x	x
Segundo Nivel:							
II 1					x	x	x
II 2					x	x	x
Tercer Nivel:							
III 1					x	x	x
III 2					x	x	x

VI.1 ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

VI.1.1 ESTRUCTURA BÁSICA:

1. Identificación del paciente
2. Registro de la Atención de Salud.
3. Información complementaria.

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Es la sección o parte de la Historia Clínica que contiene los datos de identificación del paciente, incluyendo el número de su Historia Clínica y datos sobre el Establecimiento de Salud.

2. REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE SALUD

En esta sección se encuentra el registro de la atención de salud que se brinda al paciente, para lo cual el prestador de salud utiliza los formatos para consignar la información de la atención según naturaleza del servicio que presta.

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Corresponde a la sección de información complementaria los resultados de exámenes auxiliares, así como todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al paciente en el proceso de atención, tales como el consentimiento informado, documentos de referencia y contrarreferencia, documentación de seguros, y otros que se considere pertinente.

VI.1.2 FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

El contenido mínimo de variables que deben estar incluidas en cada formato se especifica a continuación, adicionalmente las Direcciones Regionales de Salud pueden incluir otras variables, dependiendo de la realidad local y de sus necesidades.

Cada Región de Salud estandarizará los formatos a ser utilizados en los establecimientos del ámbito de su jurisdicción, ajustando a sus requerimientos la diagramación y diseño de los mismos.

VI.1.2.1 Formatos Básicos:

1. Formatos en Consulta Externa
2. Formatos en Emergencia
3. Formatos en Hospitalización
4. Ficha Familiar

1. FORMATOS EN CONSULTA EXTERNA:

La elaboración de la Historia Clínica de la consulta externa será diferenciada según el nivel de atención.

Deberá reunir todos los datos relacionados a la atención médica del paciente, los hechos que justifican el

tratamiento anotado en orden cronológico así como los resultados finales.

Las variaciones específicas del contenido de la Historia Clínica están relacionadas con el tipo de atención, según el profesional que realiza la atención, sea de medicina general o de atención especializada.

En los casos de atención obstétrica se usará la Historia Clínica-Perinatal. Básica

FORMATOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL I NIVEL DE ATENCIÓN

En la consulta externa, en el I Nivel de atención, se utilizarán los formatos por etapas de vida para los establecimientos de salud que tengan población asignada.

En los establecimientos de salud que únicamente cuenten con técnicos o auxiliares de enfermería, solo recogerán la información en relación a datos generales, antecedentes, seguimiento de riesgos, lista de problemas identificados y el plan de atención integral correspondiente según normatividad vigente, debiendo registrarse en los formatos por etapas de vida. Debe asimismo detallarse el nombre del personal que presta la atención.

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, centro educativo, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI de la madre, padre, acompañante o cuidador.
- Antecedentes personales: antecedentes perinatales, patológicos, alimentación.
- Antecedentes familiares
- Esquema de vacunación
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo.
- Datos en el triaje: signos vitales, descarte de signos de alarma.
- Anamnesis: motivo de consulta, forma de inicio, tiempo de enfermedad.
- Preguntas sobre problemas frecuentes en la infancia.
- Evaluación sobre la alimentación actual.
- Examen físico
- Diagnóstico, incluyendo diagnóstico nutricional

- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

La evolución, debe contener los siguientes puntos, que son los mismos para todos los formatos por etapas de vida:

- Fecha y hora
- Edad
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, centro educativo, estado civil, ocupación, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI de la madre, padre o acompañante o cuidador.
- Antecedentes personales: perinatales, crecimiento, desarrollo, vacunas, patológicos
- Antecedentes familiares
- Antecedentes psicosociales
- Salud sexual y reproductiva
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico

- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

Hoja de seguimiento de factores de riesgo

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, DNI, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación u oficio, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, DNI del acompañante.
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares
- Alergia a medicamentos
- Sexualidad
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

Hoja de seguimiento de factores de riesgo: diferenciada por sexo

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, DNI, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI y parentesco del familiar o cuidador responsable.
- Antecedentes personales y familiares
- Alergia a medicamentos
- Valoración geriátrica: valoración funcional, estado cognitivo, estado afectivo, estado socio-familiar.
- Categorías del adulto mayor
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

Hoja de seguimiento de factores de riesgo

FORMATO DE CONSULTA EXTERNA EN EL II Y III NIVEL

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha y hora de la atención
- Número de Historia Clínica
- Nombre y apellidos del paciente
- Enfermedad Actual: Tiempo de enfermedad, motivo de consulta, síntomas y signos principales, funciones biológicas
- Antecedentes: personales y familiares
- Examen Físico: funciones vitales, examen general, examen regional
- Diagnóstico
 - Diagnóstico motivo de consulta o de daño, para lo cual se utilizará el CIE-10.
 - Dependiendo si se confirma el diagnóstico, será:
 - Diagnóstico presuntivo
 - Diagnóstico definitivo
 - Diagnóstico de discapacidad o estado funcional

- Otros diagnósticos, según el caso lo requiera o corresponda:

- Diagnóstico de riesgo.
- Diagnóstico nutricional
- Diagnóstico de Salud Mental.
- Diagnóstico de causa externa de morbilidad
- Otros
- Plan de Trabajo
- Exámenes de ayuda diagnóstica
- Procedimientos especiales
- Interconsultas
- Referencia a otro establecimiento
- Tratamiento
- Fecha de la próxima cita
- Nombre y apellido, número de colegiatura, firma y sello del Médico Tratante o del Profesional que realiza la atención

La evolución, debe contener los siguientes puntos:

- Fecha y hora de la evolución
- Síntomas y signos más importantes.
- Diagnóstico anterior
- Tratamiento recibido.
- Resultado del tratamiento.
- Evaluación.
- Diagnóstico y nuevo tratamiento.
- Próxima cita.

2. FORMATOS EN EMERGENCIA

Toda atención de emergencia debe ser registrada en la Historia Clínica, siendo responsabilidad del médico tratante, según lo establecido en el Decreto Supremo N° 016-2002/SA.

El Contenido mínimo del formato de atención es:

- Fecha y hora de atención.
- Filiación
- Anamnesis, enfermedad actual, motivo principal de la consulta
- Antecedentes
- Examen físico
- Exámenes auxiliares
- Diagnóstico presuntivo
- Plan de Trabajo
- Terapéutica y seguimiento
- Firma, sello del médico tratante

Debe incluirse también:

- Hoja de consentimiento informado de ser el caso

- Hoja de autorización de procedimiento quirúrgico, de ser el caso
- Epicrisis y/o resumen de Historia Clínica

3. FORMATOS EN HOSPITALIZACIÓN

En los establecimientos de salud del primer nivel de atención que cuentan con servicios de internamiento, se utilizará la estructura del formato de hospitalización.

ANAMNESIS

En la anamnesis se consignan los siguientes datos:

- Fecha y hora de la atención.
- Enfermedad actual: síntomas y signos principales, forma de inicio, curso y relato de la enfermedad, funciones biológicas
- Antecedentes personales: generales, fisiológicos y patológicos
- Antecedentes familiares

EXAMEN CLÍNICO:

Los datos deben anotarse de acuerdo con la siguiente secuencia:

- Controles vitales
- Examen general: aspecto general, examen de piel y faneras, tejido celular subcutáneo, sistema linfático, aparato locomotor.
- Examen regional: cabeza, cuello, tórax y pulmones, mamas, aparato cardiovascular, abdomen, aparato genito urinario, sistema nervioso.

Si por alguna razón se omite una parte del examen físico, deberá anotarse el motivo por el cual no se realiza.

DIAGNÓSTICO

- Diagnóstico(s) presuntivo(s) o de ingreso que deberá reflejar la condición del paciente en el momento de la admisión
- Diagnóstico(s) definitivo(s).
- Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura.

TRATAMIENTO

- Fecha y hora
- Indicaciones terapéuticas prescritas: dieta, cuidados de enfermería que sean considerados necesarios, medicamentos consignando presentación, dosis, frecuencia y vía de administración.
- Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura

PLAN DE TRABAJO

- Exámenes auxiliares: laboratorio e imagenología
- Pruebas especiales
- Interconsultas
- Procedimientos médicos
- Procedimientos quirúrgicos

Debe registrarse la fecha y hora de solicitud y recepción del examen auxiliar, procedimiento o interconsulta.

EVOLUCIÓN

La frecuencia con que se escriben las notas de evolución es de al menos una vez al día, pudiendo ser mayor dependiendo del estado del paciente. Deberá contener como mínimo:

- Fecha y hora.
- Apreciación subjetiva
- Apreciación objetiva
- Verificación del tratamiento y dieta
- Interpretación y comentario
- Decisiones
- Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico.

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE INGRESO

- Nombre del establecimiento
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de Historia Clínica, Servicio, N° cama
- Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el ingreso, en caso que no fuera el paciente: nombres y apellidos, DNI
- El texto deberá expresar que el paciente o su representante legal autoriza la hospitalización o internamiento y la puesta en práctica de aquellas medidas diagnósticas o terapéuticas que se consideren oportunas y que no precisen de un consentimiento informado por escrito.
- Firma del paciente o su representante legal, huella digital si fuera analfabeto y DNI.
- Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico que indica el internamiento u hospitalización

EPICRISIS:

Debe ser preparado por el médico al egreso del paciente. Debe resumir el cuadro clínico que presentó el paciente en la atención recibida.

Contiene la siguiente información:

- Fecha y hora de ingreso.
- Servicio.
- Número de cama.
- Diagnóstico de ingreso.

- Resumen de la enfermedad actual, del examen físico, de los análisis, estudios e interconsultas realizadas y del tratamiento prescrito.
- Procedimientos terapéuticos y procedimientos diagnósticos realizados, con sus respectivos códigos
- Complicaciones
- Fecha del egreso, hora del egreso, estadía total.
- Tipo de alta, condición de egreso, pronóstico al alta.
- Diagnóstico de egreso: diagnóstico principal y secundarios con sus respectivos códigos
- Información sobre mortalidad (si fuera el caso): indicar si se realizó necropsia y causas de muerte.
- Nombres y Apellidos, firma, sello del médico consignando el número de su colegiatura.

EPICRISIS MATERNO PERINATAL

Contiene además de los datos descritos en la epicrisis general anterior:

- Información sobre el nacimiento y muerte fetal/perinatal si fuera el caso.

4. FICHA FAMILIAR

La primera hoja de la ficha familiar corresponde a la carátula de la carpeta familiar, esta contiene datos de identificación del establecimiento, el N° de ficha familiar y la dirección de la familia.

El contenido mínimo de la ficha es el siguiente:

- Dirección Regional de Salud
- Red/Microrred de Salud
- Establecimiento de salud
- N° de Ficha Familiar
- Dirección de la vivienda
- Calificación para el Seguro Integral de Salud (MINS)
- Tiempo que demora en llegar al establecimiento de salud
- Idioma predominante
- Datos de las visitas domiciliarias: fecha, responsable resultado
- Datos de los integrantes del hogar: nombre y apellido, edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, seguro médico, movimientos migratorios,
- Familiograma
- Riesgos familiares
- Datos para la definición de riesgo como grupo familiar
- Datos de vivienda y entorno
- Seguimiento de problemas identificados

VI.1.2.2 Formatos Especiales:

Representan el resto de formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación/filiación, solicitud de exámenes auxiliares, Interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de Seguros: SIS y SOAT entre otros

FORMATO DE IDENTIFICACIÓN/FILIACIÓN

Se usa en el II y III Nivel de Atención de salud. En el primer nivel los datos contenidos en este formato, se encuentran en la Ficha Familiar.

El contenido mínimo es el siguiente:

- Nombre del establecimiento
- Código del establecimiento (Si corresponde)
- Categoría del establecimiento
- Número de Historia Clínica
- Nombres y apellidos del paciente
- Lugar de nacimiento.
- Fecha de nacimiento.
- Edad.
- Sexo.
- Domicilio actual.
- Domicilio de Procedencia.
- Teléfono.
- Documento de identificación (DNI, Carné de extranjería).
- N° de seguro social, SIS, SOAT.
- Estado civil
- Grado de instrucción.
- Ocupación.
- Religión.
- Nombre de la persona acompañante o responsable
- DNI de la persona acompañante o responsable
- Domicilio de la persona acompañante o responsable
- Parentesco de la persona acompañante o responsable
- Teléfono de la persona acompañante o responsable

NOTAS DE ENFERMERÍA:

Contiene:

- Notas de ingreso, anotándose la fecha, la hora y la forma en que el paciente ingresó y una breve descripción de la condición del paciente.
- Funciones vitales.
- Funciones biológicas.
- Estado general.
- Evolución en el transcurso de la hospitalización. Deberá anotarse los síntomas significativos observados y el tratamiento realizado.

- Debe anotarse en los tres turnos: mañana, tarde y noche y en los casos especiales, o de cuidados intermedios o intensivos, según el caso lo requiera.
- El tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras.
- Todas las anotaciones deben tener la fecha, la hora y ser firmadas con el nombre completo de la enfermera y el número de su colegiatura y su firma

HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS O KARDEX:

Contiene:

- Nombre y apellido del paciente
- N° de Historia Clínica
- Nombre del medicamento suministrado.
- Fecha de inicio y fecha en que se discontinuó.
- Las horas diarias en que se administra.
- Nombres y apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura.

GRÁFICA DE SIGNOS VITALES:

Contiene:

- Nombres y apellidos del paciente
- Número de Historia Clínica
- Servicio y N° de cama
- Temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial del paciente

HOJA DE BALANCE HIDRO-ELECTROLÍTICO:

Contiene:

- Nombres y apellidos del paciente
- Fecha
- Peso
- Registro de ingresos y egresos, según turnos y el total del día
- Número de cama
- Servicio
- Nombres y apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura

FORMATO DE INTERCONSULTA

Es un formato que deberá constar con dos secciones:

La solicitud de la Interconsulta

- Datos de Filiación del paciente.
- Breve resumen de enfermedad actual y examen clínico.
- Motivo de la interconsulta.
- Diagnóstico presuntivo.
- Fecha y hora de la solicitud.
- Nombres y apellidos, cargo y firma del profesional solicitante.

El informe de Interconsulta

- Descripción de los hallazgos.
- Exámenes y/o procedimientos realizados.
- Diagnóstico, pronóstico, tratamiento y recomendaciones.
- Nombres y apellidos, cargo, firma y colegiatura del profesional que realiza la atención.
- Fecha y hora de la respuesta.

ORDEN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Debe contener como mínimo:

- Identificación del paciente (nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo, Servicio, N° cama)
- Diagnóstico del paciente
- Procedimiento quirúrgico
- Fecha de solicitud
- Fecha de programación
- Nombres y apellidos del médico cirujano
- Nombres y apellidos del 1er ayudante
- Grupo sanguíneo
- Hemoglobina
- Tipo de anestesia prevista
- Firma y sello del médico cirujano
- Firma y sello del jefe del servicio o del departamento

INFORME QUIRÚRGICO:

Debe contener como mínimo:

- Identificación del paciente: nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo.
- Servicio, N° cama.
- Tipo de anestesia empleada.
- Duración. Fecha y hora de inicio y término.
- Operación Programada y operación efectuada.
- Diagnóstico pre y post-operatorio.
- Hallazgos operatorios.
- Descripción de la técnica o procedimiento utilizado.
- Incidencias o complicaciones ocurridas durante la intervención quirúrgica.
- Identificación de cirujanos, anestesiólogos, instrumentistas y circulantes.
- Estado y destino del paciente al salir del quirófano.
- Indicación de sí se ha solicitado o no examen anatomopatológico y/o bacteriológico del material extraído en la intervención.
- Nombre, firma, sello y colegiatura del médico que realiza el informe.

FORMATOS DE ANESTESIA:

Deberá incluirse el resumen del reconocimiento pre-operatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes,

durante y en el postoperatorio inmediato mientras esté bajo responsabilidad del anestesiólogo.

Hoja de preanestesia, debe contener como mínimo:

- Datos de identificación del paciente: nombre y apellidos, número de H. C., edad, sexo, peso, servicio, N° cama
- Antecedentes clínicos de interés para la administración de la anestesia.
- Resumen de la enfermedad actual asociada, tratamiento actual y otros datos que pudieran influir en la elección de la anestesia.
- Datos importantes del examen físico
- Tipo de anestesia prevista.
- Riesgo anestesiológico
- conclusiones
- Fecha, firma y sello del anestesiólogo.

Hoja de anestesia, su contenido mínimo será:

- Identificación del paciente (nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo, peso, Servicio, N° cama)
- Diagnóstico pre operatorio e intervención quirúrgica
- Medicación pre anestésica utilizada
- Resumen de la valoración pre- operatoria
- Hora de comienzo y finalización de la anestesia
- Descripción de la técnica anestésica
- Medicación administrada, indicando presentación, dosis, frecuencia vía y momento de administración.
- Características de la ventilación mecánica, si la hubiere
- Gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención
- Incidencias de interés en relación con el estado vital del Paciente
- Balance hídrico
- Estado clínico del paciente durante y al final de la intervención
- Fecha, firma y sello del anestesiólogo responsable de la intervención

Hoja de post anestesia, debe contener como mínimo:

- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo, peso, Servicio, N° cama
- Fecha, hora de ingreso y hora de egreso
- Registro del control de funciones vitales monitorizadas
- Condición de ingreso
- Anotaciones referentes al seguimiento del estado de conciencia, motilidad, respiración, dolor y pérdidas.
- Balance hídrico
- Tratamiento administrado
- Condición de egreso
- Firma y sello del profesional

FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BÁSICA

Para el registro de la atención materna perinatal se utilizará el Formato de la Historia Clínica Perinatal Básica, HCPB elaborada por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP-OPS/OMS, pudiendo además usarse los demás formatos complementarios propuestos por el CLAP, según corresponda al nivel de complejidad del establecimiento.

El Formato de la HCPB contiene los siguientes datos:

- Datos de identificación de la paciente, edad y caracterización socio cultural
- Antecedentes personales, obstétricos y familiares
- En el sector embarazo contiene datos y exámenes que deben ser anotados y recordados en cada control prenatal
- En el sector parto o aborto, incluye la información básica para el control del periodo de dilatación, así como los datos más importantes del parto y alumbramiento
- En el sector recién nacido, incluye los datos fundamentales del examen que deberá realizarse a todo neonato y el tipo y nivel de cuidado requerido
- En el sector puerperio, contiene datos de control de la puérpera
- Egreso del recién nacido, contiene la fecha de egreso, condición y diagnóstico de egreso e identificación del responsable de la atención
- Egreso materno, contiene la fecha de egreso, condición y diagnóstico de egreso, además datos de contracepción
- identificación del responsable de la atención

FORMATO DE PARTOGRAMA

Formato complementario de la Historia Clínica Perinatal del CLAP, en donde se grafica la evolución del trabajo de parto
Contiene los siguientes datos:

- Nombres y apellidos del paciente
- Número de Historia Clínica
- Fecha y Hora de inicio del trabajo de parto
- Posición fetal
- Paridad
- Características de las membranas
- Gráfico para la construcción de la línea de alerta incluye datos de dilatación cervical, horas reales, planos de Hodge y variedad de posición, frecuencia de las contracciones, rotura de membranas.
- Datos de presión arterial, pulso y posición materna, intensidad y duración de las contracciones.

NOTAS DE OBSTETRICIA:

Contiene:

- Nota de ingreso; consignar la fecha, la hora y el estado en que el paciente ingresó y una breve descripción de la condición del paciente.
- Funciones vitales
- Funciones biológicas
- Estado general
- Evolución en el transcurso de la hospitalización. Deberá anotarse los síntomas significativos observados y el tratamiento realizado.
- Debe anotarse en los tres turnos: Mañana, tarde y noche y en los casos especiales, o de cuidados intermedios o intensivos, según el caso lo requiera.
- El tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras.
- Todas las anotaciones deben tener la fecha, la hora, nombre y apellidos del profesional de obstetricia, número de su colegiatura, firma y sello

FICHAS ESTOMATOLÓGICAS

Ficha estomatológica del niño

Contiene lo siguiente:

- Edad
- Centro educativo, grado y sección
- Evaluación Odontológica
- Odontograma inicial y final
- Índice de caries
- Uso de cepillo
- Estado clínico de higiene dental
- Riesgo estomatológico
- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado
- Alta básica odontológica con fecha
- Firma y sello del profesional

Ficha Estomatológica del adolescente, adulto y adulto mayor

Contiene lo siguiente:

- Edad
- Evaluación odontológica
- Odontograma
- Índice de caries
- Uso de cepillo
- Índice de higiene oral simplificado
- Índices de Placa Blanda y Placa Calcificada
- Estado de higiene
- Riesgo estomatológico

- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado
- Alta básica odontológica con fecha
- Firma y sello del profesional

Ficha estomatológica de la gestante

Contiene lo siguiente:

- Edad
- Semana de gestación
- Evaluación Odontológica
- Odontograma
- Índice de caries
- Índice de higiene oral simplificado
- Índice de hemorragia gingival
- Estado de higiene
- Uso de cepillo
- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado
- Alta básica odontológica con fecha
- Firma y sello del profesional

FORMATO DE LABORATORIO

Son dos tipos de formatos: uno de solicitud de examen y otro de informe de resultados.

a. La solicitud del examen

- Datos del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, N° de Historia Clínica, consultorio ó N° de cama y servicio.
- Breve historia clínica en el caso de estudios especiales y cultivos
- Diagnóstico presuntivo.
- Nombres y apellidos del médico solicitante con firma, sello y colegiatura
- Fecha y hora de solicitud del análisis.
- Fecha y hora de toma de muestra N° de registro del procedimiento

El Formato contendrá todos los exámenes que se ejecuten en el laboratorio, de acuerdo al nivel de atención. Estos formatos son de tipo cerrado, conteniendo ítems para marcar el examen requerido.

b. El informe de laboratorio

- Datos del paciente. Nombres, edad, sexo, número de HC, consultorio ó N° de cama y servicio.
- Fecha y hora de emisión de resultado
- Los resultados serán emitidos por el área respectiva en formatos separados
- El formato contendrá los resultados del paciente y los valores normales según metodología utilizada.

- Firma, sello y N° de colegio profesional del ejecutor.
- Firma, sello y N° de colegio del médico que avala los resultados.

INFORME DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Son dos tipos de formatos: uno de solicitud del examen y otro de informe de resultados

a. La solicitud del examen

- Datos del paciente Nombres, apellidos, edad, sexo, número de HC, consultorio, N° de cama y servicio.
- Breve historia clínica
- Diagnóstico presuntivo
- Nombres y apellidos del médico solicitante con firma, sello y colegiatura.
- Fecha y hora de solicitud del examen.

El formato contendrá todos los procedimientos que se ejecuten en el servicio según nivel de atención. Estos formatos son de tipo cerrado, conteniendo ítems para marcar el examen requerido

b. El informe del examen

- Datos del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, N° de Historia Clínica, consultorio, ó N° de cama y servicio.
- N ° de informe del examen
- Resultado: descripción de los hallazgos y el diagnóstico.
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegio profesional del que elabora el informe.
- Fecha y hora de ejecución del informe.

FORMATO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Deberá contar con dos secciones:

a. La solicitud del examen

- Datos del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, N° Historia Clínica, consultorio ó N° de cama de hospitalización y servicio.
- Breve resumen de historia clínica
- Diagnóstico presuntivo
- Fecha y hora de solicitud del análisis.
- Fecha y hora de toma de muestra
- N° de registro del procedimiento
- Nombres y apellidos, cargo y firma, sello y colegiatura del profesional solicitante.

El Formato contendrá todos los exámenes que se ejecuten en el laboratorio, de acuerdo al nivel de atención. Estos formatos son de tipo cerrado, conteniendo ítem para marcar el examen requerido

b. El informe de Anatomía Patológica

- Datos del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, N° Historia Clínica, consultorio ó N° de cama de hospitalización y servicio.
- N° de informe del examen
- Resultado: descripción de los hallazgos y el diagnóstico
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegio profesional del que elabora el informe.
- Fecha y hora de ejecución del informe.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

En el caso de tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato cuyo contenido se describe en la presente norma. Se exceptúa de lo dispuesto en situaciones de emergencia.

En caso de menores de edad o pacientes con discapacidad mental se tomará el consentimiento informado a su apoderado o representante legal.

El formato de consentimiento informado será de uso estandarizado obligatorio a nivel nacional y deberá contener lo siguiente:

- Nombre del establecimiento de salud
- Fecha
- Nombres y apellidos del paciente
- N° de Historia Clínica
- Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento especial a efectuar
- Descripción del mismo en términos sencillos
- Riesgos personalizados, reales y potenciales del procedimiento y/o de la intervención quirúrgica.
- Nombres y apellidos del profesional responsable de la intervención o procedimiento
- Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el paciente o su representante legal según sea el caso, consignando nombres, apellidos y N° de DNI. En caso de analfabetos se coloca su huella digital
- Nombres y apellidos firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la atención
- Consignar un espacio para caso de revocatoria del consentimiento informado, donde se exprese esta voluntad con nombres, apellidos, firma y huella digital del paciente, o representante legal de ser el caso.

FORMATO DE RETIRO VOLUNTARIO

- Nombre del establecimiento de salud

- Fecha
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de Historia Clínica, Servicio, N° cama
- El texto deberá expresar que se informó al paciente, o sus representantes legales, sobre los riesgos que implica la decisión de retiro contra la indicación del médico y se precise el descargo de toda responsabilidad a los médicos tratantes y al establecimiento de salud
- Nombre y apellidos, firma, sello y número de colegiatura del médico que dio información sobre los riesgos que implica el retiro del paciente.
- Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el alta en caso que no fuera el paciente: nombres y apellidos, DNI
- Firma del paciente o representante legal, huella digital si fuera analfabeto y N° DNI.

FORMATO DE REFERENCIA

De acuerdo a la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Deberá tener la siguiente información:

- Fecha, hora
- Identificación del establecimiento de origen.
- identificación del establecimiento destino.
- Datos sobre aseguramiento: tipo de seguro, N° de seguro, planes de atención
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, sexo, edad, dirección
- N° de Historia Clínica
- Resumen de la Historia Clínica.: anamnesis, examen físico, examen auxiliares, diagnóstico y tratamiento.
- Datos de la referencia: coordinación de la referencia, UPS de destino, especialidad de destino,
- Condiciones del paciente al inicio del traslado
- Nombre firma y sello del responsable de la referencia
- Nombre firma y sello del responsable del establecimiento
- Nombre firma y sello del personal que acompaña
- Nombre firma y sello del personal que recibe
- Condiciones del paciente a la llegada al establecimiento destino de la referencia

FORMATO DE CONTRARREFERENCIA

De acuerdo a las Norma del Sistema de Referencia y Contrarreferencia vigente.

Debe tener la siguiente información:

- Fecha, hora
- Identificación del establecimiento que contrarrefiere.
- Identificación del establecimiento destino de la contrarreferencia

- Datos sobre aseguramiento: tipo de seguro, N° de seguro, planes de atención
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, sexo, edad, dirección
- N° de Historia Clínica
- Resumen de la historia clínica: fecha de ingreso, fecha de egreso, diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso, tratamiento y/o procedimientos realizados, se adjuntar informes y reportes de procedimientos
- Datos de la contrarreferencia: origen de la referencia, calificación preliminar de la referencia, UPS que ordena la contrarreferencia, especialidad que ordena la contrarreferencia,
- Recomendaciones e indicaciones para el seguimiento
- Condición del usuario contrarreferido
- Responsable de la contrarreferencia: nombre, N° de colegiatura, firma y sello.

VI. 2 PROCESOS DE ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Técnico – Administrativo.
- Técnico – Asistencial.

VI. 2.1 PROCESO TÉCNICO – ADMINISTRATIVO.

1. APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

La apertura de la Historia Clínica se realizará a todo paciente que llega por primera vez al establecimiento de salud, previa verificación que no cuenta con historia anterior.

A cada usuario que se le apertura una Historia Clínica, se le asignará un número, el cual lo identificará y deberá ser registrado en toda documentación que se genere. Dicha numeración es correlativa, permanente, única en el establecimiento y continua (no se inicia nueva serie con cada año), nunca se usará de nuevo los números de historia de usuarios fallecidos o cuyas historias hayan sido totalmente depuradas.

Con la apertura de la Historia Clínica, se generará un carné de identificación/citas y una tarjeta índice física y/o en medio magnético.

En los establecimientos del primer nivel de atención se aperturará Historia Clínica a todos los recién nacidos. En el II y III nivel de atención, solo se aperturará ésta a los recién nacidos con patología; la documentación e información clínica de los recién nacidos normales o de los natimueertos serán archivados en la Historia Clínica de la madre.

2. ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO.

Las Historias Clínicas se conservarán en forma ordenada, accesible.

El archivo de Historia Clínica será centralizado, dividido en un archivo activo y uno pasivo. Adicionalmente, previa autorización de la jefatura del establecimiento de salud, se podrá implementar el archivo de Historias Clínicas especiales, dicho archivo funcionará en ambientes físicos separados y contendrá Historias Clínicas que por su contenido son potencialmente de implicancia médico legal, debiendo estar foliadas.

Es responsabilidad de la Unidad de archivo del establecimiento, implementar este archivo especial, evitar su deterioro, manipulación y/o alteración de las mismas.

Los establecimientos de salud que cuenten con menos de 10,000 Historias Clínicas deberán usar el método convencional para archivar sus historias.

Los establecimientos de salud que cuenten entre 10,000 y 100,000 Historias Clínicas usarán el método dígito terminal simple

Los establecimientos que cuenten con más de 100,000 historias clínicas usarán el método dígito terminal compuesto.

Las historias en el archivo pasivo y en archivo especial, de ser el caso, se archivarán según el mismo método que se usa en el archivo activo.

En el I nivel de atención en los establecimientos con población asignada, las Historias Clínicas se archivan teniendo en cuenta el proceso de sectorización definido por el establecimiento de salud.

3. CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA.

Los establecimientos de salud, tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso.

El responsable de la unidad de archivo se encargará de la custodia de las Historias Clínicas en el establecimiento de salud, cuando éstas permanezcan fuera del archivo, corresponde su custodia y conservación a la persona que solicitó la salida y de forma subsidiaria al responsable del servicio asistencial o administrativo al que pertenezca.

El tiempo de conservación de las Historias Clínicas en el archivo activo será de cinco años, considerando la fecha de última atención al paciente, debiendo trasladarse al archivo pasivo en forma regular y permanente, al pasar al archivo pasivo las historias conservarán su número original.

El tiempo de conservación de las Historias Clínicas en el archivo pasivo será de 15 años, considerando la fecha de traslado del archivo activo al pasivo.

Si durante este periodo de conservación en el Archivo Pasivo el usuario solicitase atención, su historia se retirará del Archivo Pasivo y se incorporará al Archivo Activo.

Toda Historia Clínica utilizada para el registro de atención del paciente, trámite administrativo, investigación, docencia, etc. deberá devolverse al Archivo correspondiente, inmediatamente después de concluida la atención o trámite respectivo.

4. CONFIDENCIALIDAD Y ACCESO A LA HISTORIA.

El paciente tiene derecho a que se le entregue a su solicitud copia de la epicrisis y de su Historia Clínica. (Ley General de Salud artículo 15º inciso i)

Toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su Historia Clínica, con las excepciones que la ley establece (Ley General de Salud artículo 15º inciso b, artículo 25º).

La información sobre el diagnóstico de las lesiones o daños en los casos de herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguido de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, deberá ser proporcionada a la autoridad policial o al Ministerio Público a su requerimiento. (Ley General de Salud artículo 25º y 30º)

En los casos de entrega de información a terceros, se debe tener por escrito la autorización del paciente. Esto no se aplica a la información que el establecimiento tiene la obligación legal y administrativa de proporcionar.

La autorización 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 la magnitud que abarca.
- La fecha en que se firmó la autorización
- La firma del paciente o del familiar responsable.

La autorización debidamente firmada, se conservará en la Historia Clínica.

El establecimiento de salud brindará copia o transcripción de la información de la Historia Clínica, cada vez que la autoridad judicial lo solicite, cuando ésta solicite la Historia Clínica en su forma original, el responsable de su traslado y devolución será el jefe de Estadística e Informática o a quien designe el jefe del establecimiento.

Todo establecimiento de salud deberá proveer los recursos necesarios para asegurar la confidencialidad de los datos registrados en la Historia Clínica y el acceso sólo al personal debidamente autorizado.

5. DEPURACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.

La depuración del archivo de Historias Clínicas deberá ser un proceso constante, debiendo evaluarse anualmente el movimiento de las historias.

Después de 15 años de inactividad de la historia en el archivo pasivo, se procederá a su destrucción selectiva, para aquellos casos con episodios de hospitalización y destrucción total para aquellos casos que sólo tengan consultas externas.

Para el caso de la depuración selectiva se conservará de manera definitiva en forma original o en medio magnético los siguientes formatos:

- Hojas de consentimiento informado.
- Hojas de retiro voluntaria.
- Informes quirúrgicos y/o registros de parto.
- Informes de anestesia.
- Informes de exploraciones complementarias.
- Epicrisis.
- Informes de necropsia.
- Hoja de evolución y de planificación de cuidados de enfermería.

El proceso de destrucción parcial o selectiva de Historias Clínicas del primer nivel, deberá ser avalado por el Comité de Historias Clínicas de la Dirección Regional de Salud, para el I nivel, y para los niveles II y III por el Comité de Historias Clínicas del Hospital. Registrando este acuerdo en un Acta, así como la lista de Historias Clínicas depuradas.

En caso de que los pacientes demanden atención de salud posterior a la destrucción de su historia clínica, los formatos conservados serán los documentos que reinicien su Historia Clínica manteniendo el número asignado originalmente.

6. PROPIEDAD DE HISTORIA CLÍNICA.

La Historia Clínica y la base de datos, es de propiedad física del establecimiento de salud.

La información contenida en la historia es propiedad del paciente, por lo tanto tiene derecho a ella, según lo estipula la Ley General de Salud

El personal asistencial que elabora la historia clínica tiene derecho de propiedad intelectual respecto a dicho documento.

En caso de cierre de un establecimiento de salud, el Comité de Historias Clínicas que corresponda según nivel de atención, tomará la decisión sobre el destino de todas las Historias Clínicas.

VI. 2.2 PROCESO TÉCNICO – ASISTENCIAL.

1. ELABORACIÓN Y REGISTRO.

- Todo acto médico debe estar sustentado en una Historia Clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente. (artículo 29º de la Ley General de Salud)
- Los registros de los diagnósticos serán de acuerdo a la Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE 10 vigente.
- El registro de los procedimientos de acuerdo al CPT actual.
- Todas las anotaciones contenidas en la Historia Clínica deberán ser objetivas, con letra legible y utilizando sólo las abreviaturas o siglas aprobadas por el establecimiento.
- Los errores en la Historia Clínica se corregirán trazando una línea sobre el error y anotando la fecha, firma y sello de la persona responsable, y consignando el fundamento de la corrección.
- Cada anotación realizada por estudiantes, internos y/o residentes de medicina y otras profesiones de la salud deberá ser refrendada con la firma y sello de los profesionales asistentes responsables.
- Todas las anotaciones en la Historia Clínica deberán ser fechadas y firmadas por quién realice el acto médico, consignándose claramente, el nombre y apellido, el número de Colegio Profesional y sello.
- Los profesionales no médicos que tengan que efectuar anotaciones en la Historia Clínica lo harán en las condiciones arriba señaladas.

- Toda hoja de la Historia Clínica deberá ser identificada con el nombre completo y número de Historia Clínica del paciente, en lugar uniforme y de fácil visibilidad. En el caso de pacientes hospitalizados se registrará además el servicio y el número de cama.

2. ORDEN DE LOS FORMATOS

El orden debe ser según una secuencia lógica a partir de los procesos de atención en las diversas unidades productoras de salud.

En los casos de hospitalización se puede tener un orden funcional, mientras esté el paciente hospitalizado, que es distinto al que se sigue una vez que el paciente haya egresado.

Cada Dirección Regional de Salud establecerá por escrito la secuencia en que debe ordenarse los formatos de la Historia Clínica.

3. USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA

USO

La Historia Clínica tiene como principal uso:

- Proporcionar evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y tratamiento del paciente
- Servir como base para el estudio y evaluación de la calidad de la atención prestada al paciente
- Proporcionar información para usos de investigación y docencia
- Contribuir al sistema de información proporcionando datos para la programación, y evaluación de actividades de salud local, regional y nacional
- Ayudar a proteger los intereses legales del paciente, del establecimiento de salud y del personal de salud

USO EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

- Las historias solicitadas para fines de docencia e investigación deberán ser revisadas en los ambientes de la unidad de archivos, para lo cual establecerá y comunicará a los interesados los mecanismos para la solicitud, entrega y devolución de dichas historias.
- La información obtenida de la Historia Clínica se consignará de forma anónima para salvaguardar la confidencialidad.
- Las personas que desean hacer uso de las Historias Clínicas para fines de investigación, deberán contar con la autorización escrita del director del establecimiento de salud (o de la persona a la que él delegue esta responsabilidad). Así mismo, deberá indicar el tipo de investigación que ha de realizar, incluyendo un protocolo del mismo en la solicitud de autorización.

MANEJO

- Para la atención a los usuarios, tanto en consulta externa como en hospitalización, las Historias Clínicas deberán ser solicitadas al Responsable de la Unidad de Archivo por la enfermera o personal técnico de enfermería de dichos servicios.
- Todas las historias que salgan del archivo o que vayan directamente (en caso de los usuarios nuevos) a consulta externa deberán ser devueltas el mismo día de la atención con excepción de los pacientes que hayan sido hospitalizados.
- Toda retención por causa absolutamente justificada, deberá ser reportada por escrito ese mismo día a la unidad de archivo, precisando el motivo y la fecha de devolución.
- Está prohibido guardar Historias Clínicas en casilleros, escritorios, armarios o cualquier otro tipo de archivo personal.
- Las Historias Clínicas se guardaran siempre dentro del servicio de archivo, cuando no están siendo utilizados en la atención del paciente.
- Las historias de pacientes hospitalizados deberán ingresar a la unidad de archivo en un plazo no mayor a las 48 horas del alta, con su epicrisis respectiva, para el procesamiento de la misma (compaginación, codificación, indización, preparación de informes estadísticos, etc.).
- Las historias solicitadas por el Servicio de Emergencia deberán ser devueltas dentro de las 24 horas siguientes, salvo que el paciente permanezca en sala de observación o haya sido hospitalizado.
- Los formatos de atención de emergencia deberán ser incorporadas a la Historia Clínica.
- Las historias entregadas a los diferentes Departamentos o Servicios para informes médicos que requieran de opinión especializada o para auditorías médicas, deberán ser devueltas al archivo en un plazo no mayor a 72 horas.
- Toda Historia Clínica que se retira de su lugar en el archivo debe ser reemplazada por un tarjetón de reemplazo diferenciado (color y/o tamaño), de manera tal, que permita el seguimiento de cada historia y agilice su archivo cuando sea devuelta.
- Toda historia que se retira de su lugar en el archivo para cualquiera de sus diferentes usos, deberá necesariamente ser registrada en los formatos que establezca la unidad de archivo; de manera tal, que quede consignada la salida, la recepción por los diferentes “usuarios” internos y su posterior devolución, con las firmas respectivas. Estos formatos podrán ser destruidos luego de la devolución del total de las historias registradas.

4. CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

La evaluación técnica de la Historia Clínica consta de dos partes. Análisis cuantitativo y análisis cualitativo.

EL ANÁLISIS CUANTITATIVO

Es la revisión de la Historia Clínica para comprobar su integridad y asegurar que se ajusta a la presente norma y a las establecidas por el Comité de Historias Clínicas del establecimiento o de la Dirección de Salud según corresponda. Es responsabilidad de la unidad de archivo realizar este análisis.

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 estén debidamente fundamentadas; que no existan discrepancias ni errores.

5. HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

Los establecimientos de salud podrán optar por el uso de la Historia Clínica Informatizada, debiendo sujetarse a la presente norma.

El uso de soportes informáticos, ópticos o de cualquier otra naturaleza tecnológica para uso de la Historia Clínica, deberá contar con las garantías que aseguren su autenticidad, integridad y conservación indefinida.

El Sistema de Historia Clínica Informatizada antes de su implementación deberá estar acreditado por las Direcciones Regionales de Salud correspondientes

El diseño, desarrollo e implementación de la Historia Clínica informatizada, debe tener en consideración el uso de los datos, procesos y metodologías estandarizadas a través de la Oficina de Estadística e Informática del MINSA (Directiva 001-2002 – OEI y Resolución Ministerial 608-2002-SA/DM del 27 de diciembre del 2002)

El Sistema de Historia Clínica Informatizada deberá ser periódicamente auditado para garantizar la calidad de esta herramienta.

La Historia Clínica Informatizada deberá contar con:

- Base de datos relacionados.
- Estructura de datos estandarizado
- Control de acceso restringido – Privilegio de accesos
- Sistema de copias de resguardo
- Registro informatizado de firmas de usuarios.(debe ajustarse a lo establecido en la Ley N° 27269 Ley de firmas y Certificados Digitales y su Reglamento)
- Simultaneidad de accesibilidad
- Confidencialidad

- Recuperabilidad
- Inviolabilidad de los datos que constituyen la Historia
- Debe soportar la auditoria
- Debe permitir la secuencialidad de las atenciones
- Debe permitir la impresión

VII. RESPONSABILIDADES

El cumplimiento de la presente Norma Técnica es de responsabilidad de las autoridades sanitarias competentes de las dependencias del Ministerio de Salud, así como de los establecimientos de salud privados.

Comité de Historias Clínicas

Es responsabilidad de éste comité:

- Garantizar la buena calidad de la Historia Clínica en el establecimiento de salud
- Recomendar normas sobre el contenido de la Historia Clínica
- Velar por el cumplimiento de las normas y el adecuado llenado de la historia clínica.
- 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 formatos de la Historia Clínica.
- Servir de enlace entre la Unidad de archivo y el equipo de salud.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

La implementación de la presente norma deberá ser acompañada por actividades de capacitación e información al personal de los establecimientos de salud.

El incumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente norma será sancionado de acuerdo a las disposiciones administrativas existentes, a la Ley General de Salud y al Código de Ética y Deontología Profesional, sin perjuicio de las acciones civiles o penales a que hubiere lugar.

En los establecimientos de salud del Ministerio de Salud el proceso de implementación es responsabilidad de las Direcciones Regionales y de las Direcciones de los establecimientos de III nivel.

En los establecimientos de salud de otras instituciones del sector público y privado, el proceso de implementación se realizará según la planificación y programación de las mencionadas instituciones.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- El Departamento de Registros Médicos: guía para su organización. Serie Paltex N° 19- Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1990.
- Sistema Informático Perinatal. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano-OPS/OMS. Publicación N° 1203. Uruguay. Enero 1990
- Registros Médicos y de Salud. Módulos de aprendizaje. Serie Paltex N° 17- Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1991.
- El servicio de admisión y documentación clínica Manual de Gestión Hospitalaria, Madrid 1992.
- Manual de Normas de Organización y Funciones para los Servicios de Registros Médicos y Estadística - Escuela Nacional de Salud Pública - 1994.
- Directiva sobre el uso, manejo, conservación y depuración de historias clínicas en los centros asistenciales del Instituto Peruano de Seguridad Social. Resolución de Gerencia General N° 436 - GG - IPSS - 97 y Directiva 007- GG - IPSS - 097 del 11 de abril de 1997
- Documento de trabajo. Propuesta de decreto sobre normas reguladoras de la evaluación, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias. Comunidad autónoma del país Vasco. 1997
- La Historia Clínica. Plan de Formación en Responsabilidad legal profesional. Asociación Española de Derecho Sanitario. Marco Aulló Chávez y Santiago Pelayo Pardos. 1998.
- Acto Médico. Seminario Nacional. Ministerio de Salud. Octubre 1998.
- Gestión de Pacientes en el Hospital. Horencio López Domínguez. Madrid 1997.
- Documento de Trabajo de la Sociedad Española de Informática de Salud. 1999.
- Normas para el Manejo de la Historia Clínica. Ministerio de Salud. Colombia. Julio 1999.
- Manual de Procedimientos de Admisión Integral en Establecimientos del Primer Nivel de Atención. Proyecto de Salud y Nutrición Básica. 2000.
- Ley Reguladora del Consentimiento Informado y la Historia Clínica de los pacientes. Comunidad Autónoma de Galicia. España. Mayo del 2001.
- Documentos básicos de la historia clínica hospitalaria de la Comunidad Valenciana. Octubre del 2001.
- Evaluación del Registro de Consentimiento y el nivel de información recibida por los pacientes, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren- EsSalud. Dr. Edgard Ruelas, Dra. Diana Fuentes, Dr. William Campos, Dr. Jesús Cabrejos, Dra. Yessenia García. Junio-Agosto del 2003
- Reglamento de Uso de la Historia Clínica. País Vasco, España. Julio del 2003.
- Ley Derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana. España. Enero 2003.
- Sistema Informático Perinatal. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano-OPS/OMS. Simini F, Diaz Rosello JL, Rubino MF. Uruguay Julio 2003.

X. ANEXOS:

Anexo 01: Ficha Familiar

Anexo 02: Formato de Atención Integral del Niño

Anexo 03: Formato de Atención Integral del Adolescente

Anexo 04: Formato de Atención Integral del Adulto

Anexo 05: Formato de Atención Integral del Adulto Mayor

Anexo 06: Fichas Estomatológicas

Anexo 07: Formato de Identificación

Anexo 08: Formatos de Epicrisis

Anexo 09: Formato de Consentimiento Informado





Anexo 01

FICHA FAMILIAR

Anexo 02

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO



Anexo 03

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

Anexo 04

**FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL
ADULTO**

Anexo 05

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR



Anexo 06

FICHAS ESTOMATOLÓGICAS



Anexo 07

FORMATO DE IDENTIFICACIÓN



Anexo 08

FORMATOS DE EPICRISIS



Anexo 09

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO**