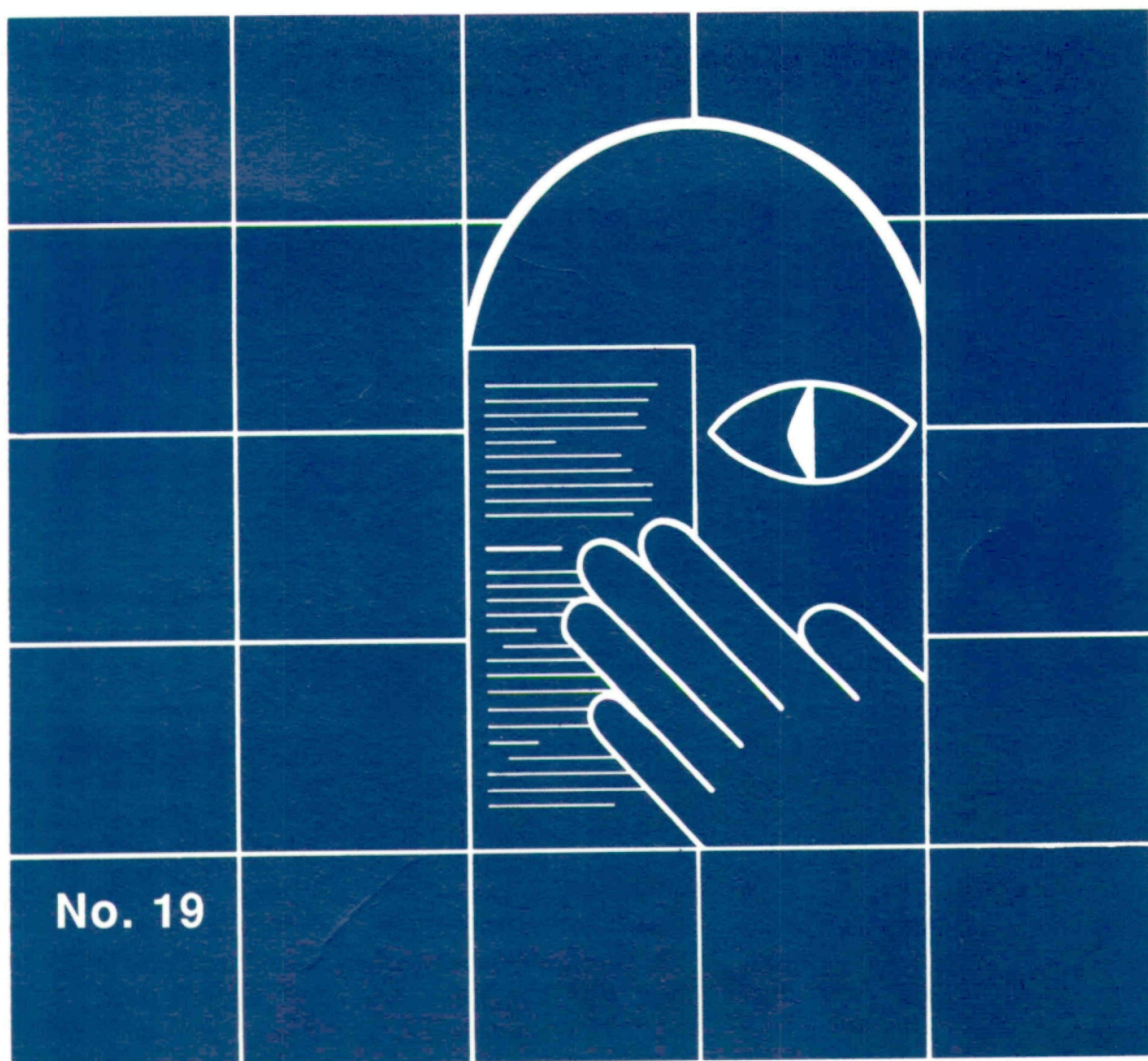


El Departamento de Registros Médicos: guía para su organización.

Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares



EL DEPARTAMENTO DE REGISTROS MEDICOS GUIA PARA SU ORGANIZACION

Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares N° 19

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Copyright Organización Panamericana de la Salud 1990
ISBN 92 75 71029 5

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

Publicación de la
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, NW Washington, D.C. 20037, E.U.A.
1990

Contenido

	<i>Página</i>
Prefacio	ix
Prólogo	xi
Introducción	1
● El valor de contar con procedimientos escritos	1
● Los propósitos del manual	2
● La organización del manual	2
● Como usar el manual	3
● Consideraciones finales	4
 PARTE A — ORGANIZACION Y FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE REGISTROS MEDICOS	
1. Finalidad y objetivos	7
2. Funciones	7
3. Relaciones intramurales	8
4. Relaciones extramurales	9
5. Dependencia y estructura	10
6. Areas de trabajo	10
6.1 Admisión	12
6.2 Oficina central	12
6.3 Archivo	13
6.4 Jefatura	13
7. Comité de historias clínicas	13
8. Personal	13
9. Ubicación y espacio	14
10. Equipo y materiales	16
 PARTE B — NORMAS	
Capítulo I — La historia clínica	
1. Definición de historia clínica	19
2. Propósitos de la historia clínica	19
3. Normas para la historia clínica	19
3.1 Generales	19
3.2 Apertura de la historia clínica	20
3.3 Contenido de la historia clínica	21
3.4 Características de los formularios de la historia clínica	23
3.5 Ordenamiento	24
3.6 Evaluación técnica de historias clínicas	25
Anexo 1	26

Capítulo II — Manejo de la historia clínica

1. Inscripción y admisión	27
2. Numeración de la historia clínica	28
3. Índice de pacientes	29
4. Registro de números.....	30
5. Organización del archivo clínico	31
6. Periodo de conservación	32
7. Control de historias clínicas	32
8. Archivo de documentos sueltos	33
9. Cuidado de historias clínicas.....	34
10. Registro de emergencia	34
11. Registro de citas	35
12. Registro de ingresos y registro de egresos	35
13. Registro de defunciones.....	36
14. Registro de operaciones.....	36
15. Registro de partos.....	36
16. Codificación de morbilidad.....	37
17. Índice de diagnósticos y operaciones	38
Anexo 1 — Normas para la codificación de morbilidad	38

Capítulo III — Entrega de información a terceros

1. Normas generales	43
2. Comunicaciones a medios masivos de información.....	43
3. Fines educativos y de investigación.....	43
4. Autorización para la entrega de información médica.....	44
5. Preparación de certificados médicos.....	44

Capítulo IV — Estadísticas

1. Normas generales	45
2. Censo diario	45
3. Consulta externa y emergencia	46
4. Servicios de apoyo.....	46
5. Informes epidemiológicos	46

PARTE C — PROCEDIMIENTOS**Capítulo I. La Historia Clínica**

A. Procedimiento para el análisis cuantitativo de historias clínicas	
I. Procedimientos para historias clínicas de consulta externa:	
1. Análisis de historias clínicas de consulta externa	49
II. Procedimiento para historias de pacientes egresados:	
1. Control de la recepción de historias clínicas	50
2. Compaginación de la historia clínica	50
3. Análisis de la historia clínica	52
4. Terminación de historias clínicas	54
5. Contabilización de historias incompletas.....	55

6. Notificación de historias incompletas.....	56
Anexo I. Formulario de análisis cuantitativo.....	57
B. Evaluación de anotaciones en la historia clínica	
Procedimiento para evaluación de anotaciones en la historia	58
Anexo 1. Validación de la exactitud de los datos de la hoja de hospitalización.....	61
Capítulo II. Manejo de la historia clínica	
A. Procedimiento para inscripción de pacientes al consultorio externo	
1. Atención de pacientes nuevos.....	63
2. Atención de pacientes subsiguientes	64
3. Pacientes referidos de otros establecimientos.....	64
4. Pedidos extras de pacientes que serán atendidos en la consulta externa.....	65
5. Preparación de las listas de turnos	65
B. Procedimiento para admisión y egreso de pacientes	
1. Admisión de pacientes a hospitalización	67
2. Egreso de pacientes.....	68
3. Control de camas.....	69
Apéndice I: Procedimiento abreviado de admisión de pacientes	69
Apéndice II: Procedimiento abreviado de egreso de pacientes.....	70
C. Procedimiento para información sobre el estado de pacientes hospitalizados	
1. Salas de hospitalización	71
2. Observación de emergencia.....	72
3. Conservación de los informes.....	72
D. Procedimiento para índice de pacientes	
1. Llenado de la tarjeta índice	73
2. Control de recepción de tarjetas	75
3. Archivo de tarjetas	76
4. Guías auxiliares	76
5. Control del índice de pacientes	78
Anexo 1 — Normas de archivo alfabético.....	78
Anexo 2 — Cálculo del número de tarjeteros requeridos	80
E. Procedimiento para archivar y conservar las historias clínicas	
1. Archivo de las historias	82
2. Control de las historias que salen del archivo	82
3. Cuidado de las historias.....	83
4. El anexo de informes de exámenes auxiliares de diagnóstico.....	84
5. Traslado de historias al archivo pasivo.....	85
Anexo 1 — Nómina de citas para consulta externa	85
Apéndice: Procedimiento abreviado sobre conservación de las historias	89

F. Índice de diagnósticos y operaciones	
1. Llenado de la tarjeta.....	90
2. Archivo de la tarjeta.....	91
3. Consulta del índice de diagnósticos.....	91
4. Control de calidad del índice de diagnósticos.....	92
G. Procedimiento para registro de ingresos y registro de egresos	
1. Registro de ingresos.....	92
2. Registro de egresos.....	94
3. Traslados internos.....	94
4. Distribución.....	94
H. Procedimiento para estimar la actividad de las historias clínicas	
1. Seleccionar la muestra.....	95
2. Examinar las historias clínicas y anotar los resultados.....	97
3. Tabular los datos.....	97
4. Preparar el cuadro resumen.....	99
5. Interpretar el cuadro.....	99
6. Preparar el cuadro de características de las historias clínicas.....	99
7. Interpretación del cuadro de características de las historias.....	100

Capítulo III. Entrega de información a terceros

A. Procedimiento para tramitar certificaciones médicas

Capítulo IV. Estadística

A. Procedimiento para el cálculo de días de estancia

B. Procedimiento para el Censo Diario

1. Objetivo.....	104
2. Consideraciones generales.....	104
3. Definición de términos.....	105
4. Procedimiento.....	106
5. Instrucciones para llenar los rubros del Censo Diario.....	106
6. Archivo.....	108
7. Periodo de conservación.....	108
Anexo 1: Cómo realizar un Censo Diario.....	108
Anexo 2: Formulario detallado de Censo Diario.....	110
Anexo 3: Formulario resumido de Censo Diario.....	111
Apéndice: Procedimiento abreviado del Censo Diario.....	111

C. Procedimiento para el resumen del censo diario

1. Objetivo.....	113
2. Consideraciones generales.....	113
3. Procedimiento.....	113
4. Instrucciones para el llenado de los rubros.....	114

5. Archivo.....	117
6. Periodo de conservación	117
Anexo 1. Formulario resumen diario — mensual del censo diario	118
D. Procedimiento para el informe diario del director	
1. Objetivo.....	119
2. Consideraciones generales.....	119
3. Procedimiento.....	119
4. Archivo y conservación	120
Anexo I: Formulario del informe diario del director	121
Glosario	122
Notas de transmisión	132

Prefacio

El programa de trabajo determinado por los Gobiernos Miembros que constituyen la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dentro de sus actividades de desarrollo de la infraestructura y personal de salud, comprende la elaboración de nuevos tipos de materiales educativos aplicables fundamentalmente a la formación de personal técnico, auxiliar y de la comunidad.

En cumplimiento de lo señalado por los Gobiernos, se presenta a la consideración de los interesados, dentro del marco general del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción, la **Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares**, de la cual forma parte este manual.

El Programa Ampliado (PALTEX), en general, tiene por objeto ofrecer el mejor material de instrucción posible destinado al aprendizaje de las ciencias de la salud, que resulte a la vez accesible, técnica y económicamente, a todos los niveles y categorías de personal en cualquiera de sus diferentes etapas de capacitación. De esta manera, dicho material está destinado a los estudiantes y profesores universitarios, así como al personal de la propia comunidad. Está orientado, tanto a las etapas de pregrado como de posgrado, a la educación continua y al adiestramiento en servicio, y puede servir a todo el personal de salud involucrado en la ejecución de la estrategia de la atención primaria, como elemento de consulta permanente durante el ejercicio de sus funciones.

El Programa Ampliado cuenta con el financiamiento de un préstamo de \$5.000.000, otorgado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF). La OPS ha aportado un fondo adicional de \$1.500.000 para contribuir a sufragar el costo del material producido. Se ha encomendado la coordinación técnica del Programa a la oficina coordinadora del Programa de Personal de Salud que tiene a su cargo un amplio programa de cooperación técnica destinado a analizar la necesidad y adecuación de los materiales de instrucción relacionados con el desarrollo de los recursos humanos en materia de salud.

El contenido del material para la instrucción del personal que diseña y ejecuta los programas de salud, se prepara con base en un análisis de sus respectivas funciones y responsabilidades.

La **Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares**, se refiere específicamente a manuales y módulos de instrucción para el personal técnico y auxiliar, una selección de materiales que proporciona elementos para la formación básica de estos estudiantes, que anteriormente no disponían de materiales de instrucción especialmente preparados para ellos.

Prólogo

El compromiso de los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) para el proceso de descentralización de servicios de salud, ha puesto en relieve la necesidad de contar con instrumentos que faciliten alcanzar estos objetivos. Las unidades operativas de los Sistemas de Salud deben tener, en forma escrita, el esquema dentro del cual deben desarrollar sus funciones. Los manuales de normas y procedimientos ofrecen este esquema.

El interés en desarrollar manuales no es nuevo. A lo largo de los años, los Ministerios de Salud y establecimientos de salud en muchos países han reconocido la importancia de producir manuales de normas y procedimientos. Algunos, a veces con la colaboración de la OPS, han logrado establecer normas y procedimientos escritos para sus Departamentos de Registros Médicos y Estadística. Los países que han emprendido esta labor se han beneficiado de las experiencias en la materia de otros países del continente.

Cada país es diferente y sus normas y procedimientos también lo serán. Sin embargo, la experiencia ha señalado que hay conceptos y procedimientos que siendo lo suficientemente universales pueden adaptarse a la situación especial de cada país. El reconocimiento de este hecho y la imperiosa necesidad de contar con material orientado para el desarrollo de los SILOS ha estimulado la preparación y divulgación de este manual.

Cabe señalar, que no se pretende que todas las normas incluidas en el manual se adopten ni que los procedimientos sean exhaustivos. Si el manual sirve para iniciar y apoyar el proceso, ya sea a nivel nacional o en establecimientos de salud, habrá alcanzado su objetivo.

La elaboración de esta guía estuvo coordinada por la Lcda. María M. Segarra, Consultora Regional en Registros Médicos del Programa de Servicios de Salud. La Lcda. Carol A. Lewis, Consultora a corto plazo, organizó el material de la guía basado en las experiencias de países que han documentado normas y procedimientos. Entre ellos; Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Guatemala, Honduras, Perú, República Dominicana y Venezuela. La Organización agradece el aporte de todos los que han contribuido directa o indirectamente en el proceso.

Esta guía representa los esfuerzos de los países y está diseñada para los países. Se espera que ésta sea de utilidad.

Introducción

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

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

El Valor de contar con procedimientos escritos

Schaefer¹ señala qué procedimientos pueden mejorar la eficiencia y eficacia de una institución porque ayudan asegurar que:

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

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

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

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

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

Los propósitos de la guía

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

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

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

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

La organización de la guía

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

La guía consta de las siguientes partes:

- Introducción
- Parte A — Organización y funciones del Departamento de Registros Médicos y Estadística
- Parte B — Normas
- Parte C — Procedimientos detallados y abreviados
- Glosario
- Notas de transmisión

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

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

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

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

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

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

Cómo usar la guía

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

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

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

La participación del grupo es de especial importancia en el análisis de la Parte B, Normas. En algunas partes la guía señala, mediante recuadros, dónde la institución establecerá sus propias normas. Pero en el resto, el grupo de trabajo debe preguntarse: ¿Es esta norma

importante? ¿Se está cumpliendo actualmente? Si no se está cumpliendo, ¿Qué hace falta para hacerlo cumplir? ¿Cuán factible es obtener lo que falta? ¿Si los recursos no están disponibles en el momento, ¿Será posible elaborar un programa escalonado destinado a obtener los resultados deseados a más largo plazo? El desafío para el grupo es no incluir una serie de normas que representan una mera aspiración pero tampoco aceptar el estatu quo, pensando que nada se puede mejorar.

Consideraciones finales

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

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

Agradecimientos

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

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

1. Finalidad y objetivos

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

Los objetivos del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas son:

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

2. Funciones

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

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

3. Relaciones intramurales

3.1 Dirección

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

3.2 Cuerpo médico

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

3.3 Enfermería

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

3.4 Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

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

3.5 Sala de partos y sala de operaciones

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

3.6 Departamento de Abastecimiento (Almacén)

- El almacén será responsable de la conservación, control y entrega de material a todos

los departamentos del hospital. Por lo tanto, el Departamento de Registros Médicos y Estadística sólo tendrá que proveer espacio para acomodar el material que se consumirá durante un mes.

- El Jefe del Departamento de Registros Médicos y Estadística tendrá la responsabilidad de estimar el número de formularios de historias clínicas e informes estadísticos que se utilizarán anualmente en el hospital.

3.7 Departamento de Presupuesto y Contabilidad

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

3.8 Departamento de Personal

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

3.9 Departamento de Mantenimiento

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

4. Relaciones extramurales

4.1 Niveles jerárquicos superiores

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

4.2 Sistema local de salud

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

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

Cuando al hospital se le haya asignado la responsabilidad de recolectar y procesar información de salud de la zona de su influencia, el jefe del Departamento de Registros Médicos debe velar por la oportunidad y calidad de los datos estadísticos presentados por los traba-

jadores comunitarios, los puestos y centros de salud además de los datos provenientes del propio hospital.

5. Dependencia y estructura

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

Las Figuras 1a y 1b representan dos ejemplos de la dependencia del Departamento de Registros Médicos dentro del hospital.

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

6. Areas de trabajo

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

Figura 1a

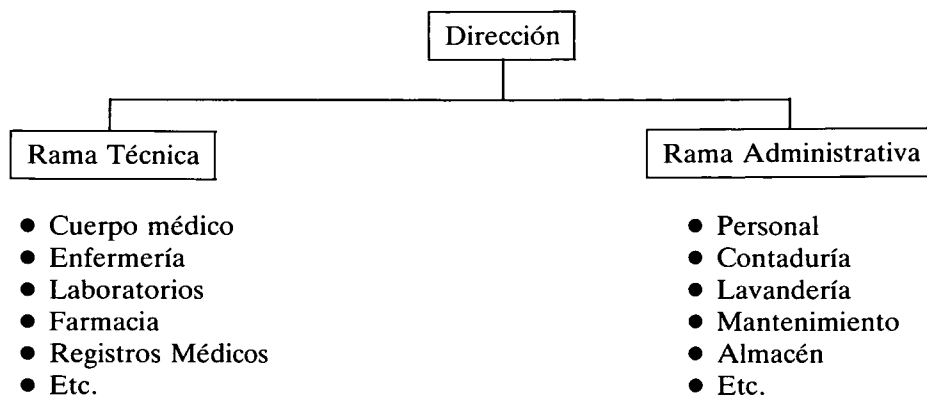


Figura 1b

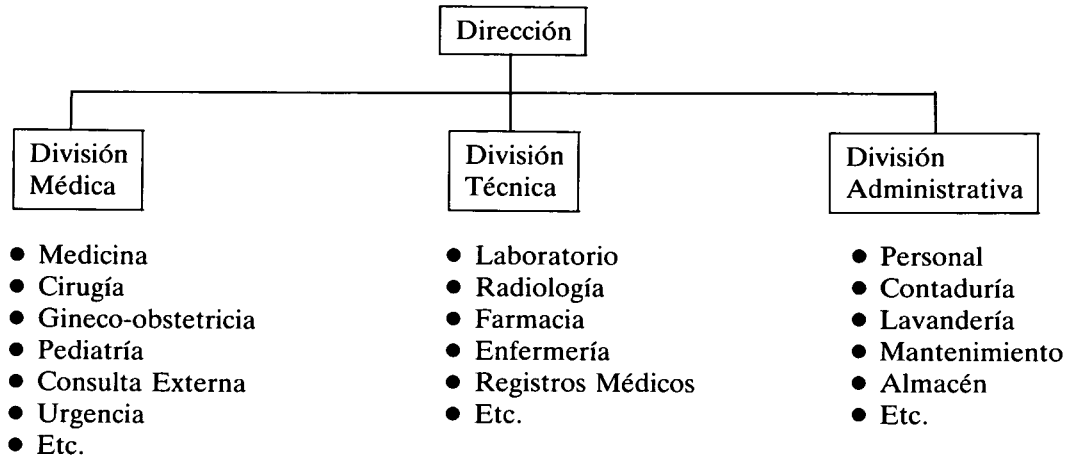
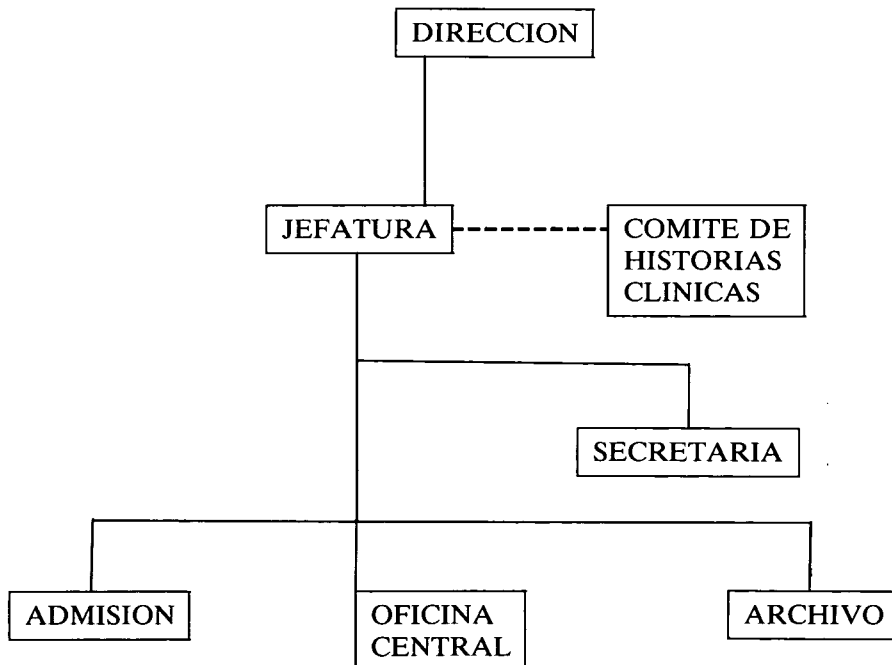


Figura 2

Estructura del Departamento de Registros Médicos



6.1 Admisión

Las actividades correspondientes a la sección de Admisión incluyen:

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

6.2 Oficina central

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

6.2.1 Evaluación técnica de las historias

Las actividades de esta área son:

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

6.2.2 Codificación e índice de diagnósticos y operaciones

Las responsabilidades de esta área de trabajo son:

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

6.2.3 Entrega de información a terceros

Las actividades de esta área de trabajo son:

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

6.2.4 Estadística

Esta área de trabajo tiene la responsabilidad de:

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

6.3 Archivo

Esta área de trabajo incluye las actividades de:

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

6.4 Jefatura

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

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

7. Comité de historias clínicas

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

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

Las funciones del Comité de Historias Clínicas son:

- Recomendar normas sobre el contenido de la historia clínica.
- Velar por el cumplimiento de las normas y el adecuado llenado de las historias clínicas.
- Asegurar que se están usando las técnicas más convenientes para archivar, clasificar y conservar las historias clínicas.
- Presentar a la Dirección recomendaciones sobre cualquier cambio propuesto en los formularios de la historia clínica.
- Servir de enlace entre el Departamento de Registros Médicos y el equipo de salud.

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

8. Personal

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

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

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

9. Ubicación y espacio

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

9.1 Ubicación

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

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

- ¿Cuán importante es que el departamento/área de trabajo esté cerca de la entrada (o las entradas) de los pacientes? Vale decir, los departamentos que tienen un alto volumen de contactos con pacientes deben estar situados de tal manera que se reduzca a un mínimo lo que el paciente debe caminar.

- ¿Qué departamentos/áreas de trabajo deben estar cerca unos a otros? Si el flujo de pacientes, personal o papeles entre dos departamentos es grande o si dos áreas de trabajo comparten el mismo equipo, conviene que se ubiquen juntos o lo más cerca posible.

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

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

9.2 Espacio

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

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

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

9.3 Distribución de espacio

La distribución de espacio debe ser tal que el flujo de trabajo sea lo más eficiente posible. El personal que trabaja junto o que usa el mismo equipo debe colocarse cerca uno al otro. El personal que tiene trato con el público o con personal de otros departamentos debe ser

colocado cerca de la puerta o ventanilla. El personal cuyo trabajo requiere mayor concentración debe ubicarse alejado de este movimiento.

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

10. Equipo y materiales

10.1 Equipo

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

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

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

10.2 Materiales

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

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

PARTE B — NORMAS

Capítulo 1

La Historia Clínica

1. Definición de Historia Clínica

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

2. Propósitos de la historia clínica

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

Los propósitos de la historia clínica son:

- Servir como instrumento para planificar la atención al paciente y contribuir para que ésta sea continuada.
- Proporcionar un medio de comunicación entre el médico y otro personal de salud que contribuya a la atención del paciente.
- 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, control y evaluación de actividades de salud a nivel local, de área, regional y nacional.
- Ayudar a proteger los intereses legales del paciente, del hospital y del cuerpo médico.

3. Normas para la historia clínica

3.1 Generales

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

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

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

3.2 Apertura de la historia clínica

- 3.2.1 Basándose en las normas contenidas en el punto 3.1.1, se abrirá una historia clínica a cada persona, incluso los pacientes privados.
 - 3.2.1.1 Al paciente atendido en el servicio de emergencia, se le abrirá una historia clínica sólo cuando se hospitaliza o cuando las normas del hospital lo dictan. La historia se abrirá en el momento que se decide internar el paciente sin importar la ubicación de la cama que ocupa (cama de observación o cama en la sala).
 - 3.2.1.2 Se le abrirá una historia clínica individual al recién nacido en el hospital que requiere cuidados especiales. La documentación de un recién nacido normal o de un mortinato se archivará en la carpeta de la madre.
- 3.2.2 Los datos de identificación del paciente que se requieren para abrir la historia clínica serán tomados de un documento de identidad (por ejemplo, cédula de identidad, partida de nacimiento) y mediante una entrevista cuidadosa del paciente por personal de registros médicos, a fin de asegurar que la información sea exacta y completa.

- 3.2.3 Antes de abrir una historia clínica se consultará el índice de pacientes para asegurar que el paciente no tiene una historia anterior de consulta externa o de hospitalización.
- 3.2.4 Con la apertura de la historia clínica se iniciará un carné de identificación/citas y una tarjeta índice de pacientes.

3.3 Contenido de la historia clínica

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

3.3.1 Normas generales

- 3.3.1.1 Las personas que prestan atención directa al paciente (hospitalizado o de consulta externa) o que preparan informes (laboratorio, rayos X, etc.) que se incorporan en la historia clínica, registrarán sus observaciones junto con la fecha y firma. El registro de los datos de hallazgos, tratamiento y de indicaciones se hará como parte integral del proceso de atención.
 - 3.3.1.2 La historia debe ser lo suficientemente detallada para permitir (1) al médico u otro personal de salud brindar al paciente una atención efectiva, continuada, y para poder determinar en una fecha futura cuál fue el estado del paciente en un momento dado y qué procedimientos fueron realizados; (2) a un consultor médico brindar una opinión después del examen del paciente y la revisión de la historia clínica y (3) a otro médico o personal de salud hacerse cargo del paciente en cualquier momento.
 - 3.3.1.3 Todos los formularios incorporados a la historia del paciente deben ser identificados con el nombre completo y número de historia clínica del paciente.
 - 3.3.1.4 Las anotaciones en la historia clínica deberán ser objetivas. Se prohíbe la inclusión de expresiones despectivas para referirse al paciente o a un personal de salud.
 - 3.3.1.5 El uso de abreviaturas o siglas en la historia clínica será limitado a aquellas abreviaturas que figuran en la lista de abreviaturas aprobadas por el hospital. No se permitirá el uso de abreviaturas en los diagnósticos.
 - 3.3.1.6 Las anotaciones en la historia clínica deben ser legibles a toda persona y no sólo a la persona que las registró. La enfermera que no pueda leer una indicación u orden, deberá solicitar al médico responsable u otro médico que la escriba de nuevo.
 - 3.3.1.7 Errores en la historia clínica se corregirán pasando una sola línea sobre el error y anotando la fecha y las iniciales de la persona. El dato correcto se anotará lo más cerca posible o en el lugar que corresponde (cuando el error fue anotar en un formulario equivocado o en una secuencia equivocada).
 - 3.3.1.8 Cada anotación realizada por estudiantes de medicina deberá ser refrendada por el médico tratante responsable.
 - 3.3.1.9 Es responsabilidad del médico tratante revisar los aportes de las otras disciplinas que contribuyen a la historia clínica y de comentar sobre éstos, especialmente si los resultados son inesperados (por ejemplo, informes de laboratorio).
- #### 3.3.2 Consulta externa
- 3.3.2.1 Como un mínimo, cada historia de consulta externa debe contener: (1) suficiente

información para identificar claramente al paciente; (2) la fecha de la consulta; (3) el motivo de la consulta; (4) hallazgos; (5) tratamiento y recomendaciones; (6) en los casos que compete, el diagnóstico/problema; y (7) la identificación de la persona que brindó la atención.

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

3.3.3 Hospitalización

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Informes de laboratorio, radiología, etc.* — Los informes de todas las investigaciones diagnósticas realizadas deberán completarse con prontitud y ser archivados en la historia clínica dentro de 24 horas de haberse completado.
- *Informes quirúrgicos* — Deberán ser escritos en la historia clínica por el cirujano una vez terminada la intervención quirúrgica, e incluirán: el nombre del cirujano, nombres de los ayudantes, nombre del anesestesiólogo, tipo de anestesia usado, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico postoperatorio, operación realizada, hallazgos, técnica operatoria usada, tejido extirpado, condición del paciente al finalizar la intervención.
- *Informe del parto* — Los datos relativos al parto y al producto del embarazo serán registrados en la historia clínica en forma completa y exacta antes de salir la madre de la sala de partos. Como mínimo se anotará: fecha y hora del parto; tipo de parto; peso, sexo y condición de cada producto; complicaciones (si las hubiera).
- *Informe de interconsulta* — Toda interconsulta efectuada quedará registrada en la historia clínica, haciendo constar tanto la solicitud como la respuesta.
- *Autorizaciones* — El médico deberá firmar como testigo de toda autorización de tratamiento especial y las declaraciones de retiro voluntario.
 - Antes de someter al paciente a una intervención quirúrgica, el paciente (o su pariente o encargado) debe firmar una autorización que especifica la operación o procedimiento que se le realizará.
 - Cuando debido a la gravedad del caso no se puede obtener dicha autorización, deberán registrarse las circunstancias en la historia.
 - La persona responsable del difunto debe firmar una autorización para realizar una autopsia que no sea requerida por razones médico legales.
 - El paciente que se retira por su propia voluntad debe firmar una declaración que libera al hospital de toda responsabilidad.
- *Informe de referencia* — El personal de salud que remite al paciente a otro establecimiento, deberá enviar un informe de referencia que especifica el motivo de la referencia e incluye un resumen de los hallazgos físicos, el tratamiento brindado y los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete, si los hubiera.

3.4 Características de los formularios de la historia clínica

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

La estandarización de los formularios de la historia clínica ofrece varias ventajas. Además de ayudar a orientar la atención que se brinde, facilita la labor del personal de salud que se traslada de un establecimiento a otro, favorece la recolección de

datos homogéneos, puede ofrecer un mejor diseño y la oportunidad de realizar economías en los costos (y mejoras en la calidad) de impresión.

- 3.4.1 Los formularios de la historia clínica serán de tamaño carta, salvo aquellos formularios como son los informes de laboratorio que pueden ser de tamaño más reducido.
- 3.4.2 Cada formulario llevará un título que identifica su contenido.
- 3.4.3 Cada formulario contará con espacio para registrar los apellidos, nombres y número de historia clínica del paciente. La casilla para registrar el número de historia se colocará en un lugar uniforme en todo formulario.
- 3.4.4 Los formularios impresos de ambas caras deben ser de papel lo suficientemente grueso para que no pase la tinta.
- 3.4.5 Cada rubro en el formulario debe, dentro de lo posible, explicarse por sí mismo y debe contener espacio suficiente para anotar la respuesta esperada.
- 3.4.6 Debe establecerse cómo los formularios se sujetarán y asegurarse que los bordes o márgenes tomen ésto en cuenta.
- 3.4.7 Cada formulario debe contar con un procedimiento escrito que establece quién (o quiénes) tiene(n) la responsabilidad de llenarlo y cómo cada rubro deberá ser completado.
- 3.4.8 Al existir formularios estandarizados por el Ministerio de Salud, será obligatorio usarlos. Los establecimientos que consideran que el modelo aprobado no responde a sus necesidades tendrán que obtener la autorización escrita de la División de _____ del Ministerio para usar otro modelo.

3.5 Ordenamiento

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

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

En este hospital los formularios de valor transitorio son:

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

Fecha: _____

3.6 Evaluación técnica de las historias clínicas

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

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

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

3.6.1 Análisis cuantitativo

- 3.6.1.1 Toda historia clínica devuelta al Departamento de Registros Médicos, ya sea de la consulta externa o del servicio de hospitalización, será revisada antes de archivarla con el fin de comprobar su integridad y asegurar que se ajuste a las normas establecidas, siguiendo el procedimiento vigente. (Parte C, Capítulo 1, Proced. 1).
- 3.6.1.2 Es responsabilidad del cuerpo médico completar las historias clínicas dentro de los plazos establecidos. El personal del Departamento de Registros Médicos periódicamente enviará a cada jefe de servicio una lista de las historias incompletas de ese servicio, señalando la fecha de egreso. Problemas persistentes deberán ser notificados por escrito a la Dirección.
- 3.6.1.3 Para las historias incompletas, se citará a la persona responsable al Departamento de Registros Médicos para completarlas.

* Ministerio de Salud, República de Colombia. *Registros Médicos e Historia Clínica*. Bogotá: Ministerio de Salud, 1983. Página 34.**

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

3.6.2 Análisis cualitativo

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

Anexo 1

Ejemplos

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

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

Durante la hospitalización

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

Capítulo II

Manejo de la Historia Clínica

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

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

1. Inscripción y admisión

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

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

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

2. Numeración de la Historia Clínica

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

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

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

NUNCA se usarán de nuevo los números de historia clínica de pacientes fallecidos o de pacientes cuyas historias se encuentran en el archivo pasivo.

3. Índice de pacientes

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

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

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

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

Fecha: _____

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

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

4. Registro de números

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

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

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

5. Organización del Archivo Clínico

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

5.1 División del archivo

- 5.1.1 El **archivo** de historias clínicas será **centralizado**, dividido en un **archivo activo** y un **archivo pasivo**.
- 5.1.2 El traslado de historias del archivo activo al pasivo se hará en forma regular. Las historias se trasladarán al archivo en base a su *actividad*, tomando en cuenta la última atención del paciente.
- 5.1.3 Las historias que se retiran del archivo pasivo para la atención de pacientes se reincorporarán en el archivo activo. Las historias que se retiran del archivo pasivo a ser usadas para fines de investigación, docencia, contestar correspondencia, se devolverán al archivo pasivo.
- 5.1.4 Donde no existe personal de archivo las 24 horas, podrá establecerse un archivo periférico de obstetricia para las historias de embarazadas, manteniendo el control de las historias en el archivo central.

5.2 Método de archivo

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

5.3 Acceso al archivo

- 5.3.1 El archivo quedará cerrado con llave cuando no esté atendido por personal del archivo para protegerlo contra la entrada de personas ajenas al servicio.
- 5.3.2 Deberá designarse, por cargo, las personas que podrán ingresar al archivo cuando éste esté cerrado para retirar historias que se requieren con urgencia para la atención de pacientes.

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

Fecha: _____

5.4 Manejo del archivo

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

6. Periodo de conservación

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

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

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

7. Control de Historias Clínicas

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

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

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

- 7.9 Toda historia clínica debe archivarse en el mismo día que llega al archivo para ser archivada.

8. Archivo de documentos sueltos

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

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

9. Cuidado de las Historias Clínicas

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

- 9.1 Las historias clínicas deberán colocarse ordenadamente en los estantes.
- 9.2 Las historias clínicas demasiado gruesas para una carpeta, se dividirán en dos o más carpetas. Se indicará en las carpetas que la historia consta de varios volúmenes.
- 9.3 Si la falta de espacio impide que las historias clínicas se archiven nítidamente, ésto debe comunicarse *por escrito* al Director del Hospital y, por intermedio del Director, a los niveles superiores (especificar).
- 9.4 Si no puede encontrarse una solución a la falta de espacio, deberá solicitarse a la División de _____ del Ministerio autorización escrita para reducir el periodo de conservación de las historias clínicas.
- 9.5 Al existir problemas (goteras, ventanas rotas, roedores, polillas) que puedan producir el deterioro de las historias y no encontrar soluciones inmediatas para ellos, el Jefe del Departamento de Registros Médicos deberá comunicarlo *por escrito* a la Dirección.
- 9.6 Las historias clínicas serán transportadas únicamente por personal del hospital para reducir la posibilidad de que éstas se extravíen.

10. Registro de emergencias

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

- 10.1 Cada Servicio de Emergencia deberá llevar un **registro (libro) de Emergencias** donde se asentarán los nombres de las personas atendidas.
- 10.2 El paciente deberá ser registrado en el momento que llega al Servicio, llenando los demás datos en forma clara, completa y exacta en cuanto éstos estén disponibles.

11. Registro de citas

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

- 11.1 Se llevará un **registro de citas** en aquellos programas (por ejemplo, atención prenatal, control de niño sano, tuberculosis, etc.) donde las normas de atención establecen un control periódico.
- 11.2 En aquellas clínicas que citan al paciente con fecha específica, es responsabilidad del personal de la clínica llevar un registro de citas.
- 11.3 La lista de pacientes citados se enviará al archivo con la anticipación establecida por el hospital.
- 11.4 Las historias se entregarán a la clínica el día de la cita.

12. Registro de ingresos y Registro de egresos

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

- 12.1 Cada hospital llevará un **registro de ingresos** y un **registro de egresos**.
- 12.2 El registro de ingresos y el registro de egresos se prepararán diariamente una vez que el censo se haya controlado.

13. Registro de defunciones

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

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

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

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

14. Registro de operaciones

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

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

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

15. Registro de partos

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

- 15.1** El **registro de partos** se llevará en la sala de partos y se mantendrá permanentemente actualizado por el personal que asistió al parto.
- 15.2** Los datos deben anotarse en el registro inmediatamente después de haberse producido el parto.
- 15.3** Una vez llenos, los registros de partos se mandarán al Departamento de Registros Médicos donde se conservarán en forma permanente.

16. Codificación de morbilidad

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

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

- 16.1** El médico tratante (u otro profesional de salud) tiene la responsabilidad de (1) anotar el diagnóstico, síntoma o problema y las operaciones quirúrgicas (incluso la atención de partos) en forma completa y precisa en la historia; (2) hacer dicha anotación al finalizar la consulta externa o en el momento de dar de alta al paciente hospitalizado; (3) indicar cuál es el diagnóstico principal y cuáles son los diagnósticos secundarios.
- 16.2** El personal de registros médicos tiene la responsabilidad de revisar la historia clínica a fin de asegurar su integridad y que todos los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos hayan sido asentados en el Informe de Ingreso y Egreso y que el diagnóstico principal sea razonable a la luz de la información en la historia clínica.
- 16.3** Es responsabilidad del personal de registros médicos solicitar al médico que complete o aclare la terminología usada para expresar los diagnósticos o procedimientos quirúrgicos.
- 16.4** En los establecimientos que cuentan con personal de registros médicos específicamente capacitado para ello, se codificarán los diagnósticos (o problemas) de acuerdo con las normas establecidas por el Ministerio que se encuentran anexas. (Ver Anexo I de este capítulo.)
- 16.5** La codificación se realizará una vez terminado el análisis cuantitativo y se basará en la historia clínica completa, no sólo en el formulario de Ingreso y Egreso.

17. Índice de diagnósticos u operaciones

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

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

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

- 17.1** En los hospitales generales de _____ camas y más, se llevará un **índice de diagnósticos y operaciones**.
- 17.2** El índice debe estar lo suficientemente actualizado para responder a los requerimientos del hospital.
- 17.3** Se codificarán todos los diagnósticos de egreso y todas las operaciones y todos se asentarán en el índice.
- 17.4** Debe existir un procedimiento escrito para el manejo del índice de diagnósticos y operaciones.
- 17.5** Si se utiliza un tarjetero visible para el índice de diagnósticos, las tarjetas llenas se pasarán a un tarjetero vertical común a fin de ahorrar espacio.
- 17.6** Sólo personal autorizado para ello debe consultar el índice de diagnósticos y operaciones.

Anexo 1

Normas para la Codificación de Morbilidad

1. Clasificación de diagnósticos, síntomas o problemas

- 1.1** Se codificarán todos los diagnósticos (síntomas o problemas en la ausencia de un diagnóstico establecido) y todos los procedimientos que el médico u otro profesional de salud haya colocado en el Informe de Ingreso y Egreso de la historia clínica.
- 1.2** No se codificarán en forma rutinaria los diagnósticos o problemas de consulta externa.

- 1.3 Toda codificación de morbilidad será de acuerdo con la Novena Revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE – 9).
- 1.4 El código se seleccionará en base a los volúmenes 1 y 2 de la CIE – 9. Queda prohibido el uso de listas o cuadernos para seleccionar el código.

2. Clasificación doble de algunos términos diagnósticos

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

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

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

Ejemplo: Salpingitis gonocócica 098.3, 614.2

3. Identificación del organismo infeccioso

Donde la Lista Tabular tiene la instrucción “Use código adicional si se desea identificar el organismo infeccioso” y *el diagnóstico* especifica el organismo, debe usarse este código adicional (041.-o 079.-).

Ejemplo: Absceso del glúteo debido a Estafilococo 628.5, 041.1

4. Gastroenteritis, enteritis y diarrea

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

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

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

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

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

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

7. Morfología de los tumores

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

Los hospitales y otros establecimientos de salud *no* codificarán la morfología de los tumores.

8. Actividad funcional de los tumores

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

Ejemplo: Hipogammaglobulinemia debido a leucemia linfocítica crónica 204.1, 279.0

9. Códigos de efectos tardíos

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

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

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

10. Usos de quintos dígitos

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

Estos quintos dígitos *no se usaran*.

11. Definición de términos

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

Subcategoría 656.4, Muerte intrauterina, se aplica a las defunciones fetales de 28 semanas en adelante de gestación.

Aparte de las ocasiones en que el diagnóstico lo especifica explícitamente, se considera como “desarrollo fetal excesivo” (subcategoría 656.6) al producto, de un embarazo a término, que pesa *4000 gramos (8 3/4 libras) o más*.

“Enfermedad cardíaca hipertensiva” significa una enfermedad cardíaca *debida* a hiperten-

sión. La mención de hipertensión con algunas afecciones cardíacas no deberá interpretarse como una combinación que resulta en una “enfermedad cardíaca hipertensiva”. Las palabras “con” e “y” no equivalen a “debido a”.

12. Uso de las claves V

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

13. Las categorías 647 Y 648

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

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

- Sífilis (647.0)
- Infecciones gonocócicas (647.1)
- Otras enfermedades venéreas (647.2)
- Tuberculosis (647.3)
- Paludismo (647.4)
- Rubeola (647.5)
- Otras enfermedades víricas (647.6)
- Toxoplasmosis (647.8 y 130)
- Diabetes mellitus (648.0)
- Disfunción tiroidea (648.1)
- Anemia (648.2)
- Dependencia de drogas (648.3)
- Trastornos mentales (648.4)
- Enfermedades cardiovasculares congénitas (648.5)
- Deficiencias de la nutrición (648.9 y código del 260–266)

14. Categoría 650 — Parto en condiciones completamente normales

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

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

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

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

16. Códigos vagos

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

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

Capítulo III

Entrega de información a terceros

1. Normas generales

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

2. Comunicaciones a medios masivos de información

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

3. Fines educativos y de investigación

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

4. Autorización para la entrega de información médica

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

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

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

5. Preparación de certificados médicos

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

5.2 Se llevará un registro de los certificados médicos solicitados.

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

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

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

Capítulo IV

Estadísticas

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

1. Normas generales

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

2. Censo diario

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

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

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

3. Consulta externa y emergencia

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

4. Servicios de apoyo

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

5. Informes epidemiológicos

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

PARTE C — PROCEDIMIENTOS

Capítulo 1

La Historia Clínica

A. Procedimiento para análisis cuantitativo de historias clínicas

Objetivo

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

Consideraciones generales

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

I. Procedimiento para historias clínicas de consulta externa

1. Análisis de historias clínicas de consulta externa

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

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

II. Procedimiento para historias de pacientes egresados

1. Control de la recepción de historias clínicas

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

2. Compaginación de la historia clínica

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

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

- 2.4** Verifique que *cada* formulario (incluso los informes de laboratorio) esté identificado con el nombre del paciente al que pertenece la historia y con su número de historia clínica.
- 2.4.1** Si algún formulario corresponde a otro paciente, retírelo de la historia clínica y envíelo a la sala o al archivo para ser incorporado a la historia correspondiente.
- 2.4.2** Si algún formulario no contiene ni el nombre ni el número de la historia clínica del paciente, cite a la persona responsable (usualmente la secretaria de sala o auxiliar de enfermería) para que pase al Departamento para cumplir con este requisito. (A veces resulta obvio que el formulario corresponde a la historia que se está compaginando y el hospital puede establecer que en este caso la persona que está compaginando la historia agregará los datos de identificación a la hoja. Se comunicará al Jefe del Departamento de Registros Médicos las salas que no están identificando todas las hojas).
- 2.4.3** Si el nombre del paciente o del número de historia clínica registrado en la hoja contiene algún error, corrija después de revisar el contenido del formulario para asegurar que efectivamente corresponde a la historia del paciente.
- 2.5** Si la historia clínica contiene hojas en blanco, proceda de la siguiente forma:
- 2.5.1** Si la hoja está *completamente* en blanco, colóquela en la caja de formularios en blanco que se acumulan para luego enviarlos a las salas para ser usados en otra historia.
- 2.5.2** Si la hoja está identificada con el nombre del paciente, determine si hace falta en la historia para completarla. (Ver punto 3.1)
- 2.5.2.1** En caso afirmativo, deje el formulario en su lugar correspondiente.
- 2.5.2.2** En caso de que no se utilice el formulario en la historia de esa hospitalización, pero puede utilizarlo para atención ambulatoria, colóquelo en la sección de consulta externa de la historia.
- 2.5.2.3** Si el formulario no se puede usar en esa historia, colóquela en la caja donde se acumula papel borrador.
- NOTA:* Si el Comité de Historias Clínicas ha establecido que ciertos formularios (por ejemplo, Notas de Enfermería, Indicaciones/Ordenes Médicas) pueden retirarse de la historia clínica y archivarse aparte por un período de 2–3 años antes de ser destruidos, incorpore el siguiente punto.
- 2.6** Retire los siguientes formularios de la historia clínica:
_____, _____, _____, conservando el orden cronológico dentro de cada tipo de formulario.
- 2.6.1** Sujete con grapas los formularios que se retiraron de la historia.
- 2.6.2** Con un plumón/marcador, anote la fecha de egreso y el número de historia clínica en el borde superior del primer formulario del grupo retirado de la historia.
- 2.6.3** Coloque estos formularios aparte y envíelos al archivo al terminar la jornada.
- 2.7** Antes de abrochar la historia en la carpeta, verifique que el número en la carpeta coincide con el número de historia clínica registrado en los formularios.

3. Análisis de la historia clínica

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

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

3.1.1 Formularios básicos

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

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

3.1.2 Formularios exigidos por el caso

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

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

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

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

3.1.3 Formularios que las órdenes médicas exigen.

Lea las órdenes médicas:

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

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

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

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

3.2.2 La *Epicrisis* debe contener un resumen de la hospitalización, los diagnósticos definitivos y las recomendaciones para la futura atención del paciente.

- 3.2.3 El *Informe Quirúrgico* debe contener una descripción de los hallazgos y de la técnica utilizada y los diagnósticos preoperatorio y postoperatorio.
- 3.2.4 Las *Notas de Evolución* deben contener todas las notas requeridas por el Comité de Historias Clínicas, por ejemplo, notas de admisión, postoperatorio, traslado, egreso.
- 3.2.5 Las *Ordenes Médicas* deben contener una nota dándole de alta al paciente.
- 3.2.6 Las *Notas de Enfermería* deben contener una nota de admisión y una de egreso. Ambas deben incluir la hora en que se produjo el hecho y en qué condiciones el paciente llegó y salió (caminando, camilla, silla de ruedas).
- 3.2.7 Si el paciente vino referido de otro establecimiento, el médico tratante debe haber completado una contrarreferencia.

3.3 Verifique que la historia contiene todas las firmas requeridas. Si falta alguna firma, señálelo en la sección correspondiente en el “Formulario de Análisis Cuantitativo” y anote el nombre de la persona que debe firmar. (Si se coloca un clip sobre el borde de la hoja donde falta una firma, ésto facilita su identificación.)

- 3.3.1 El Informe de Ingreso y Egreso debe estar firmada por el médico tratante (y el Jefe de Sala).
- 3.3.2 Cada nota en la historia clínica debe estar firmada por la persona que la realizó. Ponga especial atención en el Informe Quirúrgico, las Ordenes Médicas y la Notas de Evolución y de Enfermería.
- 3.3.3 Las autorizaciones deberán estar firmadas por el paciente o la persona responsable por él y donde sea necesario, por un testigo que será del personal del hospital.

3.4 Verifique que la historia no contiene errores o inconsistencias. Si se detecta alguna inconsistencia, regístrela en el “Formulario de Análisis Cuantitativo”.

3.4.1 Informe de Ingreso y Egreso

Por el uso que se le da al Informe de Ingreso y Egreso, es especialmente importante que la información sea completa y correcta. Verifique que:

- El número de historia clínica coincide con el número registrado en la carpeta.
- La edad registrada 1) es el resultado de la resta de la fecha de nacimiento y de la fecha de admisión contenida en la hoja y 2) coincide con lo registrado en la anamnesis y examen físico.
- El sexo del paciente está correctamente registrado.
- Los diagnósticos definitivos coinciden con los registrados en la Epicrisis y en el Informe de Anatomía Patológica (si existe).
- Los procedimientos quirúrgicos registrados coinciden con los que figuran en el Informe Quirúrgico.
- Las fechas de admisión y egreso coinciden con las fechas de admisión y egreso en las Notas de Enfermería, la Gráfica de Temperatura, y las Notas de Evolución y Ordenes Médicas.
- El número de días de estadía (permanencia) es correcto.
- El tipo de egreso coincide con lo registrado en la Epicrisis, la última nota de evolución y de enfermería.

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

3.5 Verifique que se hayan cumplido con ciertos requisitos

3.5.1 Enfermedades de notificación obligatoria

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

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

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

3.5.2 Pacientes referidos

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

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

3.7 Revise el "Formulario de Análisis Cuantitativo"

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

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

4. Terminación de historias clínicas

4.1 Historias incompletas

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

la historia. También se colocará un tarjetón cuando la historia sale al consultorio o cuando el paciente reingresa.

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

4.2 Datos omitidos

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

A medida que los datos se completan, táchelos del "Formulario de Análisis Cuantitativo".

4.3 Informes de servicios diagnósticos

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Contabilización de historias incompletas

5.1 Historias que no han bajado de la sala

Semanalmente revise la lista de pacientes egresados para detectar las historias que aún no han bajado al Departamento y comuníquelas al número al Jefe de Sala. Si se lleva un control

por medio de la copia del Informe de Ingreso y Egreso, verifique que el número de hojas para historias que faltan coincide con el número de nombres en la lista cuyas historias no se han recibido. Aclare cualquier discrepancia.

5.2 Historias que han bajado pero no se han completado

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

6. Notificación de historias incompletas

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

ANEXO I

FORMULARIO ANALISIS CUANTITATIVO

Médico _____ Sala _____

Nombre del Paciente _____

Registro N° _____ Fecha Egr. _____

	<i>Falta</i>	<i>Firma</i>
Sumario		[]
Diagnósticos	[]	
Tratamiento	[]	
Salida	[]	
Historia	[]	[]
Examen Físico	[]	[]
Evolución	[]	[]
Registro Operatorio	[]	[]
Registro de Anestesia	[]	[]
Inf. Anatomía Patológica	[]	[]
Adm., Trabajo y Parto (F. 6)	[]	[]
Historia del Niño RN	[]	[]
Hoja de Defunción (Forma 30)	[]	[]

Revisado por _____

Formulario de Análisis Cuantitativo

Médico _____ Sala _____

Nombre del Paciente _____

Registro N° _____ Fecha Egr. _____

	<i>Falta</i>	<i>Firma</i>
Sumario		[]
Diagnósticos	[]	
Tratamiento	[]	
Salida	[]	
Historia	[]	[]
Examen Físico	[]	[]
Evolución	[]	[]
Registro Operatorio	[]	[]
Registro de Anestesia	[]	[]
Inf. Anatomía Patológica	[]	[]
Adm., Trabajo y Parto (F. 6)	[]	[]
Historia del Niño RN	[]	[]
Hoja de Defunción (Forma 30)	[]	[]

Revisado por _____

Formulario de Análisis Cuantitativo

Médico _____ Sala _____

Nombre del Paciente _____

Registro N° _____ Fecha Egr. _____

	<i>Falta</i>	<i>Firma</i>
Sumario		[]
Diagnósticos	[]	
Tratamiento	[]	
Salida	[]	
Historia	[]	[]
Examen Físico	[]	[]
Evolución	[]	[]
Registro Operatorio	[]	[]
Registro de Anestesia	[]	[]
Inf. Anatomía Patológica	[]	[]
Adm., Trabajo y Parto (F. 6)	[]	[]
Historia del Niño RN	[]	[]
Hoja de Defunción (Forma 30)	[]	[]

Revisado por _____

Formulario de Análisis Cuantitativo

Médico _____ Sala _____

Nombre del Paciente _____

Registro N° _____ Fecha Egr. _____

	<i>Falta</i>	<i>Firma</i>
Sumario		[]
Diagnósticos	[]	
Tratamiento	[]	
Salida	[]	
Historia	[]	[]
Examen Físico	[]	[]
Evolución	[]	[]
Registro Operatorio	[]	[]
Registro de Anestesia	[]	[]
Inf. Anatomía Patológica	[]	[]
Adm., Trabajo y Parto (F. 6)	[]	[]
Historia del Niño RN	[]	[]
Hoja de Defunción (Forma 30)	[]	[]

Revisado por _____

Formulario de Análisis Cuantitativo

B. Evaluación de anotaciones en la historia clínica

Objetivo

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

Consideraciones Generales

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

Procedimiento para evaluación de anotaciones en la historia clínica

1. Decida qué rubros se van a analizar y anótelos en columna 1 del formulario "Evaluación de Anotaciones en la Historia".
2. Seleccione una muestra de historias que contienen el formulario que se desea estudiar, eligiéndola al azar de grupos de historias correspondientes a diferentes días de la semana y servicios a fin de reducir la posibilidad de distorsiones.
3. Para cada historia en la muestra, examine el formulario bajo consideración. Determine para cada rubro si hay algo anotado, si no hay nada anotado o no aplica (por ejemplo, código de operación en un paciente que no fue operado) y coloque una vírgula (/) en la columna correspondiente.

4. Si el rubro tiene una anotación, verifique la exactitud de ésta aplicando los criterios establecidos y anote una virgula (/) en la columna correspondiente. Estos criterios, que variarán según el formulario, deben quedar escritos. (Ver anexo).
5. Para cada rubro determine el porcentaje con datos disponibles:

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

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

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

6. Para cada rubro determine el porcentaje de exactitud:

$$\frac{\text{Número con el dato correcto} \times 100}{\text{Número con el dato correcto} + \text{número con el dato incorrecto}}$$

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

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

ANEXO I

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

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

Capítulo II

Manejo de la Historia Clínica

A. Procedimiento para inscripción de pacientes al consultorio externo

Objetivo

Lograr que el paciente sea atendido en forma pronta con su historia clínica y que la historia clínica (favor completar).

Procedimiento

1. Atención de pacientes nuevos

1.1 Apertura de Historias Clínicas

1.1.1 Solicite los documentos de identidad del paciente. Si el paciente no porta documentos, averigüe los apellidos y nombres completos del paciente y su fecha de nacimiento.

1.1.2 Consulte el índice de pacientes para verificar que el paciente no tiene número de historia clínica. (Si tiene número, proceda al punto 2. Atención de pacientes subsiguientes.)

1.1.3 Una vez comprobado que el paciente no tiene una historia clínica, asigne un número de historia clínica y verifique la exactitud de este número en la carpeta, tarjeta índice y carné de citas.

1.1.4 Basándose en los documentos de identidad y una entrevista cuidadosa (ver las normas en el Anexo 1), llene los datos de identificación completa y legiblemente en:

- Formularios de Historia Clínica
- Tarjeta índice
- Carné de citas
- Carpeta de Historia Clínica

1.1.5 Coloque la tarjeta índice en el lugar indicado y entregue el carné de citas al paciente.

1.1.6 Registre, en una lista que se mandará al archivo, el número de historia, nombre del paciente y destino de cada historia enviada a una clínica u otro lugar.

1.2 Control de la numeración de las Historias Clínicas

1.2.1 Para evitar la duplicación u omisión de números de Historias Clínicas, se llevará un Registro de Números en un libro donde se anotarán con anticipación los números de historia clínica y, diariamente a medida en que el número se asigna, el nombre del paciente correspondiente y la fecha.

1.2.2 Las carpetas, tarjetas índice, carné de citas se numerarán con anticipación para evitar errores en la transcripción de los números y atrasos en la atención del paciente.

1.2.3 Cuando es necesario corregir el Registro de Números porque una historia ha sido anulada, la corrección se indicará pasando una sola línea sobre el nombre del paciente.

1.2.3.1 Si el número tiene *más* de dos (2) semanas de haber sido asignado o si corresponde a una hospitalización, el número NO se asignará de nuevo.

1.2.3.2 Si el número tiene *menos* de dos (2) semanas de haber sido asignado y la historia correspondiente es de atención ambulatoria únicamente, el número puede asignarse a otro paciente y el nuevo nombre se escribirá de tal forma que ambos nombres se puedan leer.

2. Atención de pacientes subsiguientes

2.1 Pacientes con citas

Los pacientes subsiguientes se atenderán, dentro de lo posible, con cita previa, a fin de lograr que tengan un mínimo de espera y de permitir una labor más eficiente por parte del personal de salud.

2.1.1 Personal de archivo preparará anticipadamente las historias clínicas de pacientes citados y las enviarán a las clínicas el día de la cita.

2.2.1 El paciente debe presentarse directamente a la clínica para ser atendido.

2.2 Pacientes sin cita

2.2.1 Determine si hay cupo en la clínica deseada

2.2.2 Si hay cupo:

2.2.2.1 Anote el paciente en la lista

2.2.2.2 Solicite al paciente su carné de citas

2.2.2.3 Solicite al archivo que envíe la historia clínica a la clínica

2.2.2.4 Indique al paciente dónde será atendido

2.2.3 Si *NO* hay cupo

2.2.3.1 Si el caso es urgente, indique al paciente que acuda al servicio de emergencia

2.2.3.2 Si el caso *no* es urgente, indique al paciente cuándo y cómo debe regresar para hacerse ver.

3. Pacientes referidos de otros establecimientos

Todo paciente referido tendrá prioridad para ser atendido en la Consulta Externa.

3.1 Siga los pasos descritos para la atención de pacientes nuevos o subsiguientes, según sea el caso.

3.2 Coloque la Hoja de Referencia sobre los formularios de la Historia Clínica y si es necesario, agregue una Hoja de Referencia en blanco para que sea llenada por el médico y regresada al establecimiento de procedencia.

4. Pedidos extras de pacientes que serán atendidos en la consulta externa.

- 4.1 Se atenderán pedidos extras de pacientes únicamente mediante la firma del médico que atenderá el paciente.
- 4.2 Verifique que la orden es para ese día.
- 4.3 Siga los pasos para pacientes nuevos o subsiguientes descritos en los puntos 1 y 2.

5. Preparación de las listas de turnos

- 5.1 La Dirección del hospital notificará al Departamento de Registros Médicos los nombres y especialidades de cada uno de los médicos asignados a la consulta externa, como también el número de horas contratadas y el número de pacientes a ser atendidos por hora médica (o por día).
- 5.2 Mantenga actualizado el calendario de vacaciones del personal médico, así como la notificación de cualquier permiso concedido a los médicos, a fin de evitar que se anoten más pacientes de los que realmente pueden ser atendidos.
- 5.3 El día previo a la consulta prepare la lista de turnos o los tickets que señala el número de pacientes que se podrán atender, tomando en cuenta los pacientes citados.
- 5.4 Normas específicas
 - 5.4.1 Apellidos: principal, materno, casada — Se registrarán, en letras mayúsculas, los apellidos completos del paciente. Si el paciente no tiene apellido paterno, el apellido materno se registrará como apellido principal y éste será seguido por dos guiones (--).
 - 5.4.1.1 Mujeres casadas o viudas

Si la paciente es casada o viuda, sus apellidos de soltera serán seguidos por la preposición (de) en paréntesis y el apellido del cónyuge.

Ejemplo: MARTINEZ CASTRO (de) SEGOVIA
GOMEZ -- (de) PEREZ
 - 5.4.1.2 Identidad desconocida

Cuando se confecciona la tarjeta para un paciente cuya identidad es desconocida, se registrarán las letras "X.X" (o "N.N." según la costumbre del país) en este renglón.

NOTA: Es el deber del personal de admisión mantener un contacto estrecho con la sala donde se encuentra hospitalizado un paciente "X.X." para poder completar los datos omitidos tan pronto éstos estén disponibles.
 - 5.4.1.3 Cambios de apellidos

Cuando el paciente (o su familiar) comunica un cambio de apellido (por ejemplo, cuando el padre reconoce su hijo), llene una tarjeta índice con los nuevos datos y prepare una tarjeta de referencia que quedará en el lugar de la tarjeta original.

B. Procedimiento para admisión y egreso de pacientes

Objetivos

Asegurar que los trámites administrativos relacionados con el ingreso y el egreso del paciente se realizan completa y correctamente y mantener un control sobre las camas del hospital.

Consideraciones generales

Si no hay personal de Registros Médicos para documentar las admisiones durante las 24 horas del día, el médico que admite el paciente obtendrá los datos de identificación para el Informe de Ingreso y Egreso y los trámites se completarán el día siguiente, a primera hora, en la sala respectiva por personal de Registros Médicos.

1. Admisión de pacientes a hospitalización

1.1 Por Consulta Externa

- 1.1.1 Solicite la orden de admisión firmada por un médico del hospital.
 - 1.1.2 Verifique que hay una cama vacante.
 - 1.1.3 Verifique que el paciente ha cumplido los trámites exigidos por el caso (por ejemplo, donación de sangre).
 - 1.1.4 Determine si el paciente tiene número de historia clínica en el hospital (solicite y revise el carné de citas o consulte el índice de pacientes).
 - 1.1.4.1 Si el paciente tiene historia clínica, obténgala del archivo, dejando un tarjetón de reemplazo.
 - 1.1.4.2 Si el paciente no tiene historia clínica, inicie la apertura de la historia según los procedimientos descritos en el punto 1.1 del procedimiento para la inscripción de pacientes a la consulta externa.
 - 1.1.5 Entreviste al paciente y complete los datos de identificación y admisión de el Informe de Ingreso y Egreso, preparando el Informe por duplicado.
 - 1.1.5.1 Adjunte el original del Informe de Ingreso y Egreso a la historia clínica para acompañar al paciente a la sala.
 - 1.1.5.2 Cuando termine el turno, entregue las copias del Informe de Ingreso y Egreso al auxiliar de estadística para controlar el censo.
 - 1.1.6 Confeccione la tarjeta de control de camas, anotando el nombre del paciente, número de historia, sala, fecha y hora de admisión.
 - 1.1.7 Confeccione la tarjeta de visita y explique las normas del hospital a los familiares, si el hospital limita las visitas.
 - 1.1.8 Envíe el paciente con su historia clínica a la sala de hospitalización correspondiente.
- ### **1.2 Por emergencia y servicio de obstetricia**
- 1.2.1 Si el paciente es acompañado por un familiar, solicite que el familiar pase a la oficina

de admisión a fin de proporcionar los datos necesarios para completar los trámites de admisión.

- 1.2.2 Si el paciente se presentó solo, trasládese al servicio de emergencia para obtener la información necesaria directamente del paciente.
- 1.2.3 Si la condición del paciente no permite obtener todos los datos:
 - 1.2.3.1 Anexe una nota a la tarjeta de visita solicitando al familiar que pase a la oficina de admisión para proporcionar la información requerida.
 - 1.2.3.2 Diariamente verifique la condición del paciente con la sala, a fin de completar los datos pendientes en cuanto el paciente pueda hablar (no se da de alta al paciente habiendo datos incompletos).
- 1.2.4 Proceda conforme lo descrito en los puntos 1.1.1 al 1.1.9.

2. Egreso de pacientes

2.1 Altas

Todo paciente que egrese vivo de las distintas salas de hospitalización, deberá pasar por la oficina de admisión en el momento de su retiro del hospital.

- 2.1.1 Proporcione la orientación necesaria en caso que el paciente haya sido referido a otro establecimiento o citado de nuevo en el mismo hospital.
- 2.1.2 Anote en la “Lista de Egresos”
 - Nombre completo del paciente
 - Número de Historia Clínica
 - Fecha y hora de egreso
 - Sala y número de cama de la que egresa
- 2.1.3 Actualice el tablero de control de camas

2.2 Defunciones

NOTA: Cuando fallezca un paciente, el personal de enfermería en la sala está en la obligación de informar inmediatamente al Departamento de Registros Médicos, entregando la historia clínica con el certificado de defunción debidamente llenado por el médico que constató la muerte. En caso que haya una autopsia, el patólogo que practicó la necropsia llenará el certificado de defunción.

- 2.2.1 Anote el caso en el Registro de Defunciones haciendo constar:
 - Nombre completo del paciente
 - Número de Historia Clínica
 - Fecha y hora de la defunción
- 2.2.2 Si los familiares no estuvieron en el hospital en el momento que el paciente falleció, notifique a los familiares por la vía más rápida posible (teléfono, radio, telegrama, etc.), dejando constancia en la historia clínica.
- 2.2.3 Al presentarse el familiar para retirar el cadáver:

- 2.2.3.1 Asegúrese que es la persona responsable por el paciente.
- 2.2.3.2 Anote en el Registro de Defunciones el nombre de la persona a quien se autorizó retirar el cadáver, así como la fecha y hora, y solicite que firme o ponga su huella digital.
- 2.2.3.3 Entregue el certificado médico de defunción al familiar y oriéntelo en los trámites que deberá seguir con el Registro Civil.
- 2.2.3.4 Extienda la autorización “Entrega de Cadáveres”. El encargado de la morgue o el portero entregará el cadáver y llenará los controles pertinentes en la morgue.

3. Control de camas

3.1 Al ingreso del paciente

Después de haber completado los trámites de admisión y haber enviado al paciente a la sala, coloque inmediatamente la tarjeta en el lugar correspondiente al número de la cama que el paciente ocupa en la sala.

3.2 Al traslado interno del paciente

- 3.2.1 Registre los traslados internos producidos y anote en la tarjeta de control de cama la fecha y hora del traslado, así como el nombre de la sala al que se trasladó el paciente.

NOTA: El personal de enfermería reportará los traslados de pacientes de una sala a otra en el momento que éstos se produzcan.

- 3.2.2 Cambie la tarjeta al lugar del número de cama de la sala a la que el paciente fue trasladado.

3.3 Al egreso del paciente

- 3.3.1 Retire las tarjetas de los pacientes que egresaron. (Si los pacientes dados de alta *no* pasan por la oficina de admisión, diariamente se retirarán las tarjetas de los pacientes que egresaron el día anterior).
- 3.3.2 Destruya la tarjeta al egreso del paciente.

Apéndice I

Procedimientos abreviados para admisión de pacientes

- Médico:
- 1. Decide la necesidad de hospitalizar el paciente.
 - 2. Establece cuándo el paciente debe hospitalizarse.
 - 3. Completa y firma la orden de ingreso.
 - 4. Envía al paciente a la Oficina de Admisión.
 - a. Si la condición del paciente es grave, envía al paciente directamente a la sala y manda al familiar a la Oficina de Admisión.

- b. Si la Oficina de Admisión está cerrada y el paciente necesita hospitalizarse inmediatamente, llena los datos de identificación en el Informe de Ingreso y Egreso (Form. _____) y envía el Informe con el paciente a la sala.
- Auxiliar de Admisión:**
5. Recibe al paciente y revisa la orden de ingreso.
 - a. Si el paciente se hospitalizará en una fecha futura: Reserva la cama; anota el nombre del paciente y su número de historia clínica en el libro diario de Admisión; entrega al paciente su cita de hospitalización y las instrucciones sobre los requisitos que debe cumplir.
 6. Verifica que el paciente ha cumplido los requisitos de admisión.
 7. Verifica que hay una cama para el paciente.
 - a. Si no hay cama, consulta al Jefe del Servicio dónde el paciente debe hospitalizarse.
 8. Obtiene la historia clínica del paciente.
 9. Entrevista al paciente y llena los rubros de identificación del Informe de Ingreso y Egreso (Form. _____)(Procedimiento Informe de Ingreso y Egreso).
 10. Prepara la tarjeta de visitas; entrega la tarjeta al familiar.
 11. Prepara la tarjeta de control de camas; coloca la tarjeta en su lugar.
 12. Llama al camillero para que acompañe al paciente a la sala.
 13. Entrega al paciente con su historia clínica y el original del Informe de Ingreso y Egreso al camillero.
- Camillero:**
14. Acompaña al paciente a la sala.
 15. Entrega al paciente con su historia clínica y el Informe de Ingreso y Egreso a la enfermera.
- Enfermera:**
16. Recibe al paciente con su documentación.
 - a. Reclama a la Oficina de Admisión si falta el número de historia clínica del paciente o cualquier otro dato.
 17. Acompaña al paciente a su cama.
 18. Anota los detalles de ingreso en las notas de enfermería.
 19. Anota el nombre del paciente en el formulario Censo Diario.

Información adicional:

1. La copia del Informe de Ingreso y Egreso se entrega al Auxiliar de Estadística al finalizar el turno del Auxiliar de Admisión.

Apéndice II

Procedimiento abreviado para egreso de pacientes

- Médico:**
1. Decide dar de alta al paciente.
 - a. Si el paciente falleció, constata la muerte y escribe una nota de evolución; completa el certificado de defunción.

2. Comunica la decisión al paciente y sus familiares.
 - a. Si el paciente falleció, comunica el hecho a los familiares y solicita la autopsia.
3. Escribe la orden de egreso en la historia clínica.
4. Prepara la epicrisis.
5. Completa los datos de egreso en el Informe de Ingreso y Egreso.
- Enfermera:
 6. Prepara al paciente para su egreso (o para la morgue).
 7. Reúne todas las partes de la historia clínica.
 8. Anota los detalles del egreso en las notas de enfermería.
 9. Anota al paciente en la sección de altas en el formulario Censo Diario.
 10. Entrega al paciente con su historia clínica al camillero.
- Camillero:
 11. Lleva al paciente y su historia clínica a la Oficina de Admisión.
 - a. Si el paciente falleció, entrega el cadáver a la morgue y la historia clínica a la Oficina de Admisión.
- Auxiliar de Admisión:
 12. Recibe al paciente y su historia clínica.
 - a. Si el paciente falleció, revisa la historia clínica para determinar si la familia ha sido notificada; envía notificación a la familia si no han sido informados.
 13. Entrega al paciente cualquier cita u otra instrucción.
 14. Anota el caso en la lista de egresos.
 - a. Si el paciente falleció, anota, además, el caso en el registro de defunciones.
 15. Actualiza el tablero de control de camas.
 16. Entrega la historia clínica y la lista de egresos al auxiliar de estadística.

C. Procedimiento para información sobre el estado de pacientes hospitalizados

1. Salas de hospitalización

1.1 Diariamente, el personal de enfermería de cada sala llenará el “Reporte Diario de Pacientes” indicando la condición del paciente en la casilla respectiva y registrando el alta o cualquier observación que considere importante (por ejemplo, se necesita al familiar, etc.)

1.1.1 Fecha — anote la fecha en que se prepara el informe.

1.1.2 Sala — anote la sala sobre la cual se está informando.

1.1.3 Nombre del paciente — anote en letra de molde el nombre completo de cada uno de los pacientes que estuvieron hospitalizados en la sala el día anterior.

1.1.4 Grave, mejorado, delicado, fallecido — marque con una “X” la casilla que corresponde al estado del paciente.

NOTA: Esta es la clasificación usada en un hospital. Los términos usados variarán de un establecimiento a otro.

1.1.5 Alta — marque esta casilla si el médico ha dado el alta y el paciente está por salir del hospital.

- 1.1.6 Operado — marque esta casilla si el paciente fue operado durante las últimas 24 horas.
- 1.1.7 Parto — anote en esta casilla el sexo del producto o los productos que tuvo la paciente. Si se trata de un nacido muerto, aclare ésto en la columna “Observación”.
- 1.1.8 Sala — anote la sala a la cual el paciente fue trasladado.
- 1.2 El “Reporte Diario de Pacientes” será entregado al Departamento de Registros Médicos antes de las 8 de la mañana para estar disponible para dar información.
- 1.3 Los familiares que desean información adicional serán referidos al personal médico.

2. Observación de emergencia, labor y parto

- 2.1 El personal de enfermería en el servicio de emergencia, brindará información sobre el estado del paciente en observación a los familiares o amigos del paciente.
- 2.2 Labor y parto
- 2.2.1 El personal de enfermería llenará una lista de los partos producidos en cada turno y la enviará al Departamento de Registros Médicos. En esta lista se anotará:
- Nombre de la paciente
 - Fecha y hora del parto
 - Sexo del producto o productos
 - Sala a la que se trasladó a la paciente
- 2.2.2 Personal de Registros Médicos actualizará el “Reporte Diario de Pacientes” basándose en la lista de 2.2.1.

3. Conservación de los informes

Los formularios “Reporte Diario de Pacientes” podrán destruirse una semana después de la fecha anotada en el reporte.

D. Procedimiento para índice de pacientes

Objetivo:

Mantener un índice completo y exacto que permite conocer 1) si una persona cuenta con una historia clínica en el hospital y 2) en caso afirmativo, cuál es el número de esa historia.

Consideraciones generales:

1. Dentro de lo posible, el índice de pacientes debe ubicarse en la sección de admisión donde se inscribe el mayor número de pacientes nuevos.
2. Los datos registrados en la tarjeta índice de pacientes serán basados en los datos contenidos en la historia clínica que, a su vez, dentro de lo posible deberán basarse en los documentos

- de identidad del paciente. Si el paciente no tiene documentos consigo, hay que preguntarle cómo él escribe sus apellidos y nombres.
3. En lo posible, debería fijarse en una sola persona la responsabilidad de manejar el índice de pacientes. Si el volumen de trabajo no lo permite, conviene dividir el tarjetero en secciones y asignar un empleado a cada una.
 4. Para fines de archivo, se considerarán únicamente los apellidos de soltera de la mujer casada.
 5. Sólo personal autorizado podrá consultar el índice de pacientes, previo a un adiestramiento de sus responsabilidades al respecto.
 6. La tarjeta índice se llenará a máquina (o en su defecto a mano en letra de molde) en el momento de abrir la historia clínica.
 7. Las tarjetas se archivarán diariamente y no se retirarán del índice por ningún motivo.
 8. Cada paciente tendrá sólo una tarjeta en el índice. La única excepción serán las tarjetas de referencia que se agregan para facilitar la búsqueda de casos cuando el apellido o nombre cambia o cuando existe algún motivo especial.
 9. Se agregarán guías auxiliares en número suficiente para asegurar que no hayan más de 100 tarjetas detrás de cada guía.

Procedimiento:

1. Llenado de la tarjeta índice

La eficiencia con que se maneje el índice de pacientes depende en gran parte, de cuan completos y legibles son los datos registrados en la tarjeta índice. Es imprescindible que los datos sean legibles a cualquier persona y no sólo a la persona que los escribió.

1.1 Normas generales

- 1.1.1 Si la tarjeta fue prenumerada con una máquina numeradora (foliadora), cada dígito deberá quedar perfectamente claro. Repase el número con tinta si es necesario.
- 1.1.2 Los errores de mecanografía deben ser cuidadosamente borrados. Nunca escriba un número o letra encima de otro.
- 1.1.3 Los apellidos y nombres se deletrearán en forma completa. No se usarán abreviaturas ni iniciales.
- 1.1.4 No deberá dejarse ningún renglón en blanco. Si algún dato se desconoce, coloque un signo de interrogación (?); si no se aplica, coloque dos guiones (--).

1.2 Normas específicas

- 1.2.1 Apellidos: Principal, Materno, Casada — Se registrarán, en letras mayúsculas, los apellidos completos del paciente. Si el paciente no tiene apellido paterno, el apellido materno se registrará como apellido principal y éste será seguido por dos guiones (--).

1. APELLIDOS (PRINCIPAL, MATERNO, CASADA)		2. N° HISTORIA CLINICA	
3. NOMBRES		4. SEXO	5. FECHA DE NACIMIENTO
6. LUGAR DE NACIMIENTO	7. NOMBRE DEL PADRE	8. NOMBRE DE LA MADRE	
9. FECHA DE APERTURA E INICIALES DE LOS RESPONSABLES			
FORM. 100 INDICE DE PACIENTES			

1.2.1.1 Mujeres casadas o viudas

Si la paciente es casada o viuda, sus apellidos de soltera serán seguidos por la preposición (de) en paréntesis y el apellido del cónyuge.

Ejemplo: MARTINEZ CASTRO (de) SEGOVIA
GOMEZ -- (de) PEREZ

1.2.1.2 Identidad desconocida

Cuando se confecciona la tarjeta para un paciente cuya identidad es desconocida, se registrarán las letras "X.X" (o "N.N." según la costumbre del país) en este renglón.

NOTA: Es el deber del personal de admisión mantener un contacto estrecho con la sala donde se encuentra hospitalizado un paciente "X.X.", para poder completar los datos omitidos tan pronto éstos estén disponibles.

1.2.1.3 Cambios de apellidos

Cuando el paciente (o su familiar) comunica un cambio de apellido (por ejemplo, cuando el padre reconoce su hijo), llene una tarjeta índice con los nuevos datos y prepare una tarjeta de referencia que quedará en el lugar de la tarjeta original.

Ejemplo: González, Juan José
ver
Pérez González, Juan José

1.2.2 Número de historia clínica — Si el número no fue colocado con la máquina numeradora, anote el número de la historia clínica agrupando los dígitos tal como aparecen en la carpeta.

Ejemplo: 02-17-49 // 13 6 08 // 113-75-98

1.2.3 Nombres — Anote todos los nombres del paciente tal como figuran en la historia. Si en la historia clínica figura un solo nombre, la presencia de dos guiones (--) indica que el paciente afirmó tener un solo nombre y la ausencia de los guiones pone en duda si se le preguntó o no. Es importante, por lo tanto, anotar los dos guiones en la tarjeta índice SOLO si estos guiones figuran en la historia clínica.

Ejemplo: José María
Rosario --

1.2.4 Sexo — Si el paciente es de sexo masculino, anote la letra “M”; si es de sexo femenino, la letra “F”.

1.2.5 Fecha de nacimiento — Anote la fecha de nacimiento registrando primero el día (número arábigo), seguido por el mes (número romano) y, por último, los últimos dos dígitos del año (número arábigo).

Ejemplo: 9 de julio de 1962 se escribe 9-VII-62
28-XII-37 (?)

1.2.6 Lugar de nacimiento — Anote la ciudad (o municipio y departamento) en la cual el paciente nació. Si el paciente nació fuera del país, sólo anote el nombre del país donde el paciente nació.

1.2.7 Nombre del padre — Si se registró un apellido paterno en la primera casilla, anote el nombre (o nombres) del padre. Si no figura un apellido paterno, anote dos guiones en esta casilla.

Ejemplos: Juan (No hace falta colocar guiones)
Juan José
-- (no figura apellido paterno)

1.2.8 Nombre de la madre — Anote el nombre o nombres de la madre.

Ejemplo: María
María Eugenia

1.2.9 Fecha de apertura e iniciales de los responsables — Anote la fecha en que se abrió la historia y a continuación, las iniciales del auxiliar de admisión que tomó los datos y llenó la tarjeta y las de la persona que consultó el índice de pacientes.

Ejemplo: 20-VIII-87 JGP/JARM

2. Control de recepción de tarjetas

Para controlar la recepción de tarjetas índice, se utilizará el registro de números.

2.1 Las tarjetas índice que se reciben de las auxiliares que abren las historias clínicas, se colocarán en una cajita ubicada en un lugar determinado.

2.2 Por lo menos una vez al día, saque las tarjetas de la cajita y ordénelas numéricamente.

2.3 Una por una, compare la tarjeta con los datos contenidos en el registro de números.

2.3.1 Si el número de historia y el nombre del paciente registrado en la tarjeta coinciden

con el número de historia y el nombre del paciente en el registro de números, coloque una señal al lado del número de historia en el registro de números.

- 2.3.2 Si el número o nombre en la tarjeta y en el registro de números no coinciden, solicite la historia clínica para aclarar la situación. Una vez aclarada la discrepancia, proceda como 2.3.1.
- 2.3.3 Si el nombre del paciente no figura en el registro de números, solicite la historia para aclarar la situación. Una vez aclarada la discrepancia, proceda como 2.3.1.
- 2.4 Repase la última página del registro de números. Debera haber una señal al lado de cada número de historia que se ha abierto.
 - 2.4.1 Si falta una señal, asegúrese que la tarjeta no se ha recibido.
 - 2.4.2 En caso que no se haya recibido, solicite la tarjeta del auxiliar que abrió la historia.
- 2.5 Coloque las tarjetas en la clasificadora en preparación para archivarlas.

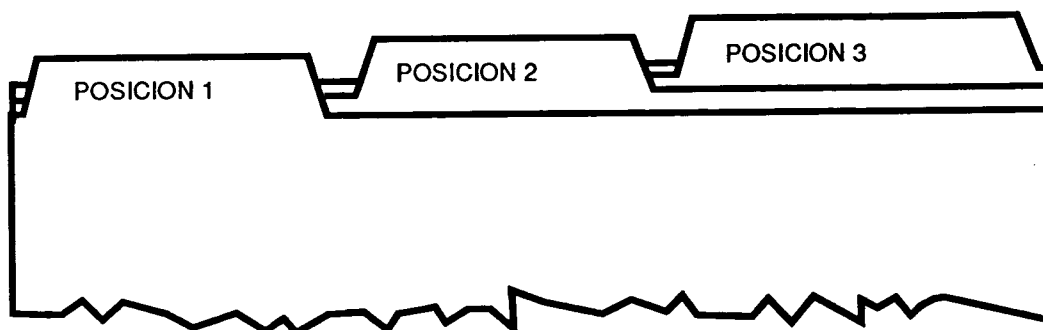
3. Archivo de tarjetas

- 3.1 Archive las tarjetas siguiendo las “Normas de Archivo” que se encuentran anexadas a este procedimiento.
- 3.2 Si al archivar una tarjeta encuentra otra con datos idénticos o muy similares, solicite ambas historias clínicas del archivo para determinar si se trata de una historia duplicada.
 - 3.2.1 Si se comprueba que se trata de la misma persona, se anulará la tarjeta con el número de historia más alto.
 - 3.2.2 Si se trata de dos personas diferentes, se anotarán en ambas tarjetas los datos adicionales que permitieron llegar a esta conclusión y las dos tarjetas se archivarán.
- 3.3 Si se presenta alguna situación no contemplada en las “Normas de Archivo”, consulte su supervisor. La decisión tomada se incorporará en las “Normas de Archivo”.
- 3.4 Al finalizar el turno de trabajo, todas las tarjetas índice recibidas en el día quedarán archivadas.

4. Guías auxiliares

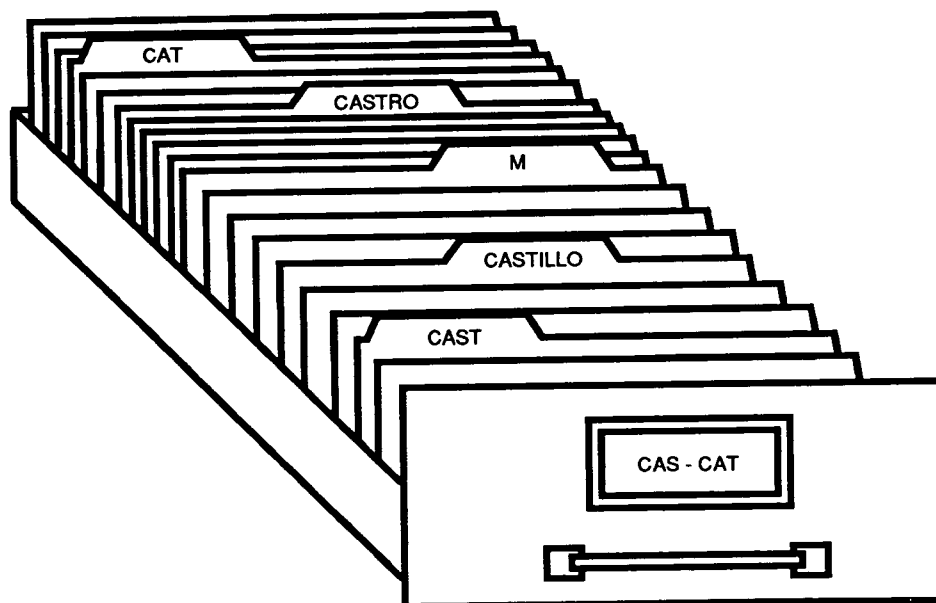
Guías auxiliares son tarjetas de cartulina gruesa con una pestaña y encabezamiento que dirige el ojo a la sección deseada de una gaveta del fichero. La pestaña de la guía auxiliar identifica las tarjetas que se archivan *detrás* de ella. El cuerpo de la guía auxiliar tiene las mismas dimensiones que la tarjeta índice. La pestaña es un centímetro más alto que la tarjeta.

Las guías auxiliares pueden tener las pestañas en tres, cuatro o cinco posiciones. Si se trata de guías de tres posiciones, dándole vuelta a la guía, la posición 1 llega a ser la posición 3.



Cada posición debe conservarse para un fin específico. La posición 1 será para la subdivisión alfabética principal, es decir, las primeras uno a cuatro letras del apellido principal. La posición 2 corresponde al apellido principal completo y la posición tres a la inicial del apellido materno (o la inicial del nombre si la secuencia de archivo es apellido principal, primer nombre, segundo nombre y apellido materno).

Ejemplo:



- 4.1** Intercale guías donde sean necesarias para mantener la proporción ideal de guías (una guía por cada 100 tarjetas).

NOTA: Si el tarjetero no tiene ninguna guía o solo guías para la primera letra del apellido, comience por colocar una guía, más o menos en la mitad de cada hilera de tarjetas, en todas las gavetas del tarjetero. Una vez completado esto, coloque dos guías adicionales en cada hilera de tarjetas para subdividir la hilera en cuatro y proceda así sucesivamente.

5. Control del índice de pacientes

- 5.1 Todo personal nuevo archivará una tarjeta de control detrás de cada tarjeta índice que incorpora al índice. El supervisor, o la persona designada por él, verificará que la tarjeta está correctamente archivada y retirará la tarjeta de control. Si la tarjeta índice está mal archivada, solicitará a la persona responsable del error que lo corrija.
- 5.2 El supervisor examinará todas las tarjetas anuladas de historias duplicadas y llevará un control del número de historias duplicadas, a fin de determinar si alguno de los auxiliares necesita más orientación sobre sus funciones.
- 5.3 Periódicamente, el supervisor:
- 5.3.1 Verificará la exactitud de archivo de una muestra de tarjetas en el índice de pacientes. Por ejemplo, elegirá al azar 10 letras del alfabeto (ó 10 gavetas del tarjetero) y examinará 10 tarjetas consecutivas de cada letra, o sea, un total de 100 tarjetas. Calculará el porcentaje de exactitud de archivo.

$$\frac{\text{No. de tarjetas bien archivadas} \times 100}{\text{No. de tarjetas examinadas}} = \text{Exactitud de archivo}$$

- 5.3.2 Asegurará que todas las gavetas del índice de pacientes siempre estén correctamente rotuladas.

ANEXO I

Normas de Archivo Alfabético

1. Para fines de este archivo, el alfabeto consta de las siguientes letras:
A-B-C-CH-D-E-F-G-H-I-J-K-L-LL-M-N-Ñ-O-P-Q-R-S-T-U-V-W-X-Y-Z. La *rr* no está representada en el conjunto de letras que forman el alfabeto; se archiva después de *rq* y antes de *rs*.
2. Las partículas como: ben, d', da, de, del, di, du, el, la, las, le, li, lo, los, M', Mac, Mc, O', van, vander, von, etc., forman parte del apellido aun cuando estén escritas separadamente o con letra mayúscula. Al archivar se tomarán en cuenta las distintas partes del apellido como si fuera un todo. Ejemplo: "de las Casas" se archivará d-e-l-a-s-c-a-s-a-s.
3. La preposición *de*, que precede el apellido del cónyuge de la mujer casada, no se toma en cuenta para fines de archivo.
4. Los títulos o rangos tales como: Hermana, Padre, Doctor, General, etc., no se toman en cuenta para fines de archivo. El índice se basa únicamente en nombres y apellidos.
5. Un concepto básico en alfabetización es que "*nada* siempre viene antes de *algo*".
Ejemplo: Pérez, Ana --
Pérez, Ana M.
Pérez, Ana María

6. Los apellidos o nombres que se han escrito en forma abreviada (algo que no debe suceder), se archivan tal como si se hubiesen escrito en forma completa. Por ejemplo: Ma. se considera como María, Fco. como Francisco, etc.
7. Cuando no se puede determinar cuál es el apellido y cuál es el nombre (ésto a veces sucede con nombres orientales), archívelo tal como aparece y coloque una tarjeta de referencia en el archivo.

Ejemplo: Nhu Diem (archivado en la letra N)
 Diem Nhu (tarjeta de referencia archivada en la letra D)

- 8.* Las tarjetas se archivarán en orden alfabético siguiendo esta secuencia: apellido paterno o principal, apellido materno, primer nombre y segundo nombre. Cuando dos tarjetas tienen apellidos paternos y principales idénticos, se tomarán en cuenta los apellidos maternos aun cuando éstos últimos no figuran, siguiendo la regla que “*nada* siempre se archiva antes que *algo*”. Si los apellidos paternos y maternos son idénticos, se considerará el primer nombre y si todavía son iguales, el segundo nombre.

Ejemplo: Gómez --, José María
 Gómez Alvarez, Alberto --
 Gómez Alvarez, Alberto Francisco
 Gómez Bernal, Alberto Daniel

- 8a. Las tarjetas se archivarán en orden alfabético siguiendo esta secuencia: apellido paterno o principal, primer nombre, segundo nombre y apellido materno. Cuando dos tarjetas tienen apellidos paternos o principales idénticos, se tomarán en cuenta el primer nombre y el segundo nombre, aun cuando éste último no figure, siguiendo la regla que “*nada* siempre se archiva antes que *algo*”. Si el apellido paterno y el primer nombre son idénticos, se considerará el segundo nombre y si todavía son iguales, el apellido materno.

Ejemplo: Gómez Alvarez, Alberto --
 Gómez Bernal, Alberto Daniel
 Gómez Alvarez, Alberto Francisco
 Gómez --, José María

9. Si ambos apellidos y ambos nombres coinciden, las tarjetas se archivarán según fecha de nacimiento, colocando primero la fecha más antigua.

Ejemplo: Gómez Alvarez, Alberto -- (4-VII-38)
 Gómez Alvarez, Alberto -- (23-III-52)

10. Las tarjetas de recién nacidos, a quienes se les abrió una historia clínica pero que aún no se les ha dado un nombre, se archivarán en frente de las demás tarjetas del mismo apellido. Si hay más de un niño sin nombre, las tarjetas se archivarán según fecha de nacimiento sin tomar en cuenta el sexo del niño.

Ejemplo: Gómez Alvarez, Niño (14-XII-70)
 Gómez Alvarez, Niña (1-VI-71)
 Gómez Alvarez, Niño (15-II-73)
 Gómez Alvarez, Abelardo Martín

En cuanto se conoce el nombre del niño, dicho nombre se agregará a la tarjeta y la tarjeta se archivará en el lugar que corresponde.

* Ver otra alternativa en el punto 8a.

11. Los casos "X.X." (o "N.N."), paciente de nombre desconocido, se archivarán según la fecha de atención como las primeras tarjetas detrás de la guía para la letra X (o la letra N).

Ejemplo:

X.X.	(31-XII-69)		N.N.	(1-I-70)
X.X.	(6-III-72)	o	N.N.	(15-IX-84)
Xalin Pérez, Angélica --			Nabaez Paz, Diego --	

ANEXO II

Cálculo del número de tarjeteros requeridos

Para calcular el número de tarjeteros requeridos hay que determinar:

- | | | |
|---|---|--|
| a) Número de tarjetas a ser archivadas | = | Número de historias clínicas |
| b) Número de guías auxiliares | = | $\frac{\text{Número de tarjetas (a)}}{\text{Número de tarjetas por guía}}$ |
| c) Espacio que ocupan las tarjetas | = | $\frac{\text{Número de tarjetas (a)}}{\text{Número de tarjetas por cm.}}$ |
| d) Espacio que ocupan las guías | = | $\frac{\text{Número de guías (b)}}{\text{Número de guías por cm.}}$ |
| e) Espacio que ocupan las tarjetas y las guías | = | c + d |
| f) Espacio de trabajo las tarjetas y las guías | = | 10% del espacio que ocupan
= (e) × 0.1 |
| g) Total de espacio requerido | = | (e) + (f) |
| h) Espacio de archivo disponible en cada gaveta del tarjetero | = | número de hileras por gaveta × profundidad de la gaveta |
| i) Número de gavetas requeridas | = | $\frac{\text{Total de espacio requerido (g)}}{\text{Espacio disponible por gaveta (h)}}$ |
| j) Número de tarjeteros requeridos | = | $\frac{\text{Número de gavetas requeridas (i)}}{\text{Número de gavetas en el tarjetero}}$ |

Ejemplo: Un hospital estima que en un periodo de 5 años abrirá 100.000 historias clínicas y que habrá una guía auxiliar por cada 100 tarjetas. Se calcula que 40 tarjetas ocupan 1 cm. y que 30 guías ocupan 1 cm. Se dejará vacío el 10% de cada gaveta para poder manipular las tarjetas. El tarjetero que se piensa adquirir cuenta con ocho (8) gavetas de 60 cm. de profundidad; cada gaveta puede acomodar dos hileras de tarjetas (un total de 120 cm. disponibles por gaveta).

Cálculo:

- | | | |
|-------------------------------|---|-------------------------------|
| a) Número de tarjetas | = | 100.000 |
| b) Número de guías auxiliares | = | $\frac{100.000}{100} = 1.000$ |

1. Archivo de las historias clínicas

- 1.1** Revise las historias clínicas antes de archivarlas para constatar que todos los formularios pertenecen a ella y se encuentran debidamente identificados.
- 1.2** Coloque las historias que deben ser archivadas en un clasificador, a fin de facilitar su localización si se necesitan antes de ser archivadas.
- 1.3** Antes de proceder a su archivo, ordene las historias según el método de archivo usado, para evitar saltar de un estante a otro y reducir el número de errores de archivo.
- 1.4** Luego de ordenadas, coloque las historias en el carrito y proceda al archivo propiamente dicho, retirando el tarjetón de reemplazo.

2. Control de las historias que salen del archivo

Toda historia que se retira de su lugar en el archivo debe ser reemplazada por un tarjetón de reemplazo que señale la fecha y el destino de la historia y agilice el archivo de nuevo de la historia. Cuando las historias se sacan por lista (para el consultorio externo e investigaciones), el tarjetón puede ser un pequeño pedazo de cartón cuyo color indique al tipo de lista de salida que la historia está controlada.

- 2.1** Asegúrese que todas las historias que salen al consultorio externo están registradas en la “Nómina de Historias para Consulta Externa”.
 - 2.1.1** Personal de enfermería solicita las historias de pacientes citados anotando los números de historia clínica en el formulario “Nómina de Historias para Consulta Externa”.
 - 2.1.2** Anote en la Nómina los números de historia clínica de las historias solicitadas para pacientes que consultan espontáneamente.
 - 2.1.3** Use la nómina para retirar las historias de los estantes, reemplazándolas con el cartón de consulta externa.
 - 2.1.4** Entregue las historias al personal de enfermería una por una, colocando un signo de chequeo al lado del número de historia en la Nómina y obtenga la firma del personal de enfermería que señala su conformidad.
 - 2.1.5** Al finalizar la hora de consulta, reciba las historias de los pacientes atendidos, cruce el signo de chequeo al lado del número de las historias clínicas que están y reclame en el momento las que faltan.
 - 2.1.6** Cuando un paciente, habiendo sido atendido en la consulta externa, necesite inmediata hospitalización o consulta en otra clínica, anote en la nómina el nombre de la sala en que se hospitalizó el paciente o de la clínica a donde se mandó el paciente y su historia.

2.2 Emergencia

Se controlará el préstamo de las historias clínicas a Emergencia, por medio de un vale de préstamo firmado por el médico que las solicita. Los vales serán colocados en una “cajita para vales”.

- 2.2.1 Retire la historia de su lugar en el archivo y coloque un tarjetón de reemplazo que señale la fecha y destino de la historia.
- 2.2.2 Antes de finalizar cada turno, pase por Emergencia y reclame las historias que se prestaron y que han quedado pendientes en la emergencia.
- 2.2.3 Una vez controlada la devolución de las historias, destruya el vale en la presencia de la persona que lo firmó o, en su defecto, del personal de enfermería.
- 2.2.4 Actualice el tarjetón de reemplazo cuando la historia cambia de lugar, por ejemplo, el paciente se hospitaliza.

2.3 Hospitalización

Toda historia que sale del archivo para hospitalización será controlada por el tarjetón de reemplazo, el que deberá actualizarse si el paciente se traslada de una sala a otra.

- 2.3.1 Verifique que se hayan recibido los tarjetones de reemplazo preparados por Admisión, al final del turno de admisión.
- 2.3.2 Diariamente, recoja de las salas toda historia de pacientes que egresaron el día anterior y actualice el tarjetón de reemplazo para indicar que la historia está en el Departamento de Registros Médicos.

NOTA: Los médicos completarán las historias de pacientes egresados en el Departamento de Registros Médicos. No se permitirá la retención de historias en las salas después del egreso del paciente.

2.4 Estudios e investigaciones

El personal de salud que desee hacer estudios e investigaciones revisará las historias dentro del ambiente del Departamento de Registros Médicos y las historias serán controladas mediante la lista de historias preparada (o autorizada) por personal de Registros Médicos y el cartón de investigación.

- 2.4.1 Reciba la lista de solicitud de historias por duplicado y verifique que la lista está debidamente identificada con el nombre de la persona que las solicitó.
- 2.4.2 Sólo saque a la vez el número de historias autorizadas por las normas del hospital y reemplace cada historia con el cartón de investigación.
 - 2.4.2.1 Coloque un signo de visto bueno al lado de cada historia que se entrega y una nota aclaratoria para toda historia que no está.
 - 2.4.2.2 Revise (o solicítelo al auxiliar que maneja el índice de diagnósticos) cada historia para asegurar que corresponde al estudio.
- 2.4.3 Coloque el grupo de historias en el lugar de estudio con la lista encima.
- 2.4.4 Vencido el plazo establecido por las normas del hospital para la consulta de historias, recoga las historias del salón de estudios y archívelas.

3. Cuidado de las historias

Los auxiliares de archivo trabajarán con esmero.

- 3.1 Vigile que ningún documento de la historia clínica sobresalga la carpeta, hecho que contribuye al desgaste del formulario y dificulta el trabajo de archivo.
- 3.2 Repare oportunamente cualquier carpeta o formulario roto.
- 3.3 Recoja inmediatamente cualquier informe o historia clínica que encuentra sobre el suelo.
- 3.4 Mantenga las historias derechas y parejas en los estantes.

4. Anexo de informes de exámenes auxiliares de diagnóstico

El archivo de los resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico indicados por el médico en la consulta externa será responsabilidad del Departamento de Registros Médicos.

4.1 Consultorio externo

Diariamente el laboratorio y departamento de Rayos X entregarán los resultados de exámenes realizados, mediante una lista de entrega (original y copia) que contiene el número de historia, nombre del paciente y tipo de examen realizado.

- 4.1.1 Reciba los resultados cerciorándose que llegaron todos los resultados anotados en la lista y registre la fecha y hora en que los recibió.
- 4.1.2 Firme la lista de entrega, devuelva el original; la copia quedará en el departamento de Registros Médicos.
- 4.1.3 Clasifique los informes de resultados según su número de historia de acuerdo con el método de archivo.
- 4.1.4 Una vez clasificados los informes, localice las historias sacándolas en el orden en que tiene los resultados de exámenes.
- 4.1.5 Anexe los informes de exámenes auxiliares de diagnóstico al formulario correspondiente, asegurándose que el examen corresponde a la historia clínica que ha sacado (nombre y número coinciden con los registrados en la historia).
- 4.1.6 Anexe los informes en forma escalonada colocando el más reciente sobre los anteriores. Cuando el formulario base está lleno, se agrega otro.
- 4.1.7 Cuando la historia clínica no está en el estante, revise el tarjetón de reemplazo:
 - 4.1.7.1 Si el paciente se encuentra hospitalizado, entregue el informe a la sala respectiva mediante un Libro de Entrega.
 - 4.1.7.2 En los demás casos, coloque el informe y *el tarjetón de reemplazo* en una carpeta en blanco y déjelo en el estante en el lugar de la historia, a fin de anexar el informe en cuanto llegue la historia.
- 4.1.8 Si el número de historia clínica en el informe es incorrecto, ilegible o falta, consulte índice de pacientes para obtener el número.
- 4.1.9 Devuelva al laboratorio o al departamento de Rayos X, cualquier informe que no se archiva por carecer de datos de identificación suficientes para identificar al paciente en el índice de pacientes.

4.2 Emergencia

- 4.2.1 Los resultados de exámenes ordenados por el Servicio de Emergencia, serán anexados a la historia clínica por el personal de enfermería en el Servicio de Emergencia.
- 4.2.2 Ningún paciente deberá ser despachado sin que el médico haya revisado el resultado del examen que ordenó.

4.3 Hospitalización

- 4.3.1 Los resultados de exámenes ordenados, mientras el paciente permanece hospitalizado, serán anexados a la historia clínica por el personal de enfermería de la sala respectiva.
- 4.3.2 Cuando el resultado de un examen sea entregado a la sala de hospitalización después del egreso del paciente, no se recibirá en la sala y el laboratorio o departamento que lo realizó lo entregará al archivo mediante la Lista de Entrega.

5. Traslado de historias al archivo pasivo

- 5.1 Regularmente, examine las historias en el archivo activo para identificar las de pacientes que no se han vuelto a atender en el hospital en cinco años y envíelas al archivo pasivo.

NOTA: El trabajo se organizará de tal forma que todo el archivo será examinado una vez por año.

- 5.2 Mande las historias al archivo pasivo sin dejar ningún tarjetón de reemplazo en su lugar.
- 5.3 Si retira una historia clínica del archivo pasivo para estudios o investigaciones, devuélvala al archivo pasivo.
- 5.4 Si retira una historia del archivo pasivo para la atención del paciente, cuando regresa incorpórela al archivo activo.

ANEXO I

Nómina de citas para consulta externa

Objetivos

La nómina de citas para consulta externa sirve para: 1) solicitar las historias clínicas que se requieren para la atención de pacientes citados en la consulta externa, 2) retirar las historias de los estantes, 3) controlar la entrega de historias a la clínica y 4) controlar la devolución de las historias al archivo.

Consideraciones generales

- 1. La Nómina está dividida en 10 columnas identificadas: 00-09, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90-99.

2. Los números de las historias clínicas requeridas se anotan en las columnas según los últimos dos dígitos del número. Por ejemplo, la historia 951741 se anota en la columna 40–49 porque los dos últimos dígitos (41) del número caen entre 40–49. La historia 643607 se anota en la columna 00–09.
3. Los números se anotan separando el número en grupos de dos dígitos. Por ejemplo, 951741 se anota 95 17 41, 643607 se anota 64 36 07.
4. La columna angosta al extremo derecho de cada columna está reservada para el uso del archivo para controlar el desarchivo y la entrega de las historias.

Quienes intervienen en el manejo del formulario

La enfermera de la clínica llena el formulario y lo entrega al archivo. El personal del archivo utiliza el formulario para retirar las historias de los estantes. Ambos usan el formulario para controlar la recepción de las historias en la clínica y la devolución de las historias al archivo.

Procedimiento

1. La enfermera llena el formulario de la siguiente manera:

- 1.1 Anota el nombre de la clínica, por ejemplo, Clínica de: *Cirugía*.
- 1.2 Anota la fecha de la consulta, por ejemplo, Fecha: *30–8–87*.
- 1.3 Anota los números de historia clínica de acuerdo con los puntos 2 y 3 de las consideraciones generales.
2. La enfermera entrega el formulario al archivo el día antes de la consulta.
3. El personal de archivo retira las historias clínicas de los estantes y
 - 3.1 si la historia se localizó, coloca un signo de visto bueno en la columna angosta al lado del número de la historia clínica.
 - 3.2 si la historia no se localizó, anota una “R” (requerimiento) u otra observación en la columna angosta que indica dónde la historia se encuentra.
4. La enfermera y el personal de archivo controlan la entrega de las historias cruzando el signo de chequeo que figura en la columna angosta.
5. La enfermera y el personal de archivo controlan la devolución de las historias al archivo tachando el número de historia clínica en la nómina. Si la historia no se devolvió, anotan la causa, por ejemplo, “Adm” (Admisión).

Archivo y conservación

Una vez controlada la devolución de las historias clínicas, las nóminas se archivarán en el archivo, en orden cronológico, según mes, por un período de seis (6) meses. Después de este período, las nóminas se podrán destruir.

Apéndice. Procedimiento abreviado para conservación de historias clínicas

- | | |
|---|---|
| Dirección/
Consejo
Técnico: | 1. Aprueba normas en cuanto al periodo de conservación de historias clínicas (por ejemplo, 15 años después de la última atención) |
| Personal de
archivo: | 2. Comunica por escrito, la decisión al Departamento de Registros Médicos |
| Encargado de
depuración: | 3. Revisa, una por una, las historias del 00 00 01 al 07 27 12 (ejemplo) (historias creadas en 1969, 1970, 1971) (ejemplo) que se encuentran en el archivo pasivo |
| | 4. Si la última atención fue en 1969, 1970 ó 1971, aparta la historia para ser eliminada. |
| | 5. Si la última atención fue posterior a 1971, anota el año de la última atención en la carátula del folder y regresa la historia al estante. |
| Personal del
índice de
pacientes: | 6. Revisa cada historia destinada a ser eliminada. |
| | 7. Si comprueba que la historia reúne los criterios de eliminación: (1) retira la Hoja de Identificación; (2) recupera material que puede ser usado (folders, formularios en blanco) si se ha decidido hacerlo; (3) elimina el material restante. |
| | 8. Si encuentra que la historia <i>NO</i> reúne los criterios de eliminación, anota el año de la última atención en la carátula del folder y regresa la historia al estante. |
| Personal de
archivo | 9. Coloca las Hojas de Identificación en orden alfabético. |
| | 10. Anota el nombre del paciente y número de historia clínica en el registro de historias eliminadas. |
| | 11. Usando la Hoja de Identificación, retira la tarjeta del índice de pacientes, verificando que los nombres y los números de historia clínica coinciden. |
| | 12. Conserva en orden alfabético las Hojas de Identificación correspondientes a tarjetas que no puede localizar. |
| | 13. Elimina la tarjeta y la Hoja de Identificación. |
| | 14. Ordena las historias que se conservan en el archivo pasivo (punto 5) según el método dígito terminal simple. |
| | 15. Mide la cantidad de espacio de estantería que ha quedado vacío debido a la eliminación de historias. |
| | 16. Calcula cuántas historias se pueden pasar de cada sección del archivo activo al pasivo. |
| | 17. Pasa las historias más inactivas del archivo activo a la parte del archivo pasivo que está ordenada según dígito terminal simple. |

Información adicional:

Los pasos 3 al 17 se repiten cada año, actualizando los números de historia clínica y los años en los puntos 3, 4 y 5.

F. Procedimiento para índice de diagnósticos y operaciones

Objetivo

Facilitar al personal de salud acceso a las historias clínicas requeridas para trabajos científicos, evaluación de la atención o investigaciones operativas.

Consideraciones generales

1. Los casos se anotarán en el índice diariamente, una vez finalizada la codificación, lo más pronto posible después del egreso del paciente.
2. En hospitales de crónicos conviene que se establezca el diagnóstico y que éste se codifique y anote en el índice *antes* del egreso del paciente, para permitir que se incorporen pacientes hospitalizados en las investigaciones que se realizan.
3. Se anotarán en el índice todos los códigos que figuran en el Informe de Ingreso y Egreso de la historia y se marcará cada código con un signo de visto bueno a medida que se va anotando.
4. Las dimensiones de la tarjeta índice deberán ser 20.0 × 12.5 cm. (8 × 5 pulgadas).
5. El encabezamiento de la tarjeta se hará a máquina, el cuerpo de la tarjeta se completará a mano, con tinta.
6. Nunca anote un número encima de otro. Los números errados se borrarán cuidadosamente o se tacharán antes de anotar el correcto.
7. Si se usa un tarjetero visible para el índice de diagnósticos, las tarjetas llenas se pasarán a un tarjetero vertical común, a fin de ahorrar espacio.
8. Si el índice de diagnósticos es una salida de computadora, la salida debe ser encuadernada o archivada en una carpeta protectora.

1. Llenado de la tarjeta (ver figura).

1.1 Encabezamiento

Sólo se encabezará una tarjeta a medida que ésta sea requerida, por tratarse de un código que no se haya presentado previamente o porque va a reemplazar una tarjeta llena.

1.1.1 Código — Anote el código de tres dígitos de la Novena Revisión de la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE - 9) o el código de dos dígitos de la *Clasificación de operaciones quirúrgicas*.

1.1.2 Título — Anote el título completo correspondiente al código.

1.1.3 Año — Anote el año en que se encabezó la tarjeta. Si se han iniciado otras tarjetas en el año, agregue el número de tarjeta que ésta representa. Ejemplo: Si en lo que va del año 1986 ya se han llenado dos tarjetas para el código 650, el año se anotará 1986-3 en la tarjeta que se está encabezando.

1.2 Cuerpo de la tarjeta

Al anotar el caso en la tarjeta índice, se verificará que la expresión diagnóstica en la Hoja de Ingreso y Egreso guarde relación con el título de la tarjeta. De no ser así (y no se ha retirado la tarjeta equivocadamente) revise la codificación.

- 1.2.1 Coloque las historias en grupos según el orden numérico de los códigos, a fin de poder anotar varios casos a la vez en la misma tarjeta.
- 1.2.2 *No. de Historia Clínica* — Anote el número de historia clínica en la tarjeta correspondiente al código del diagnóstico u operación.
- 1.2.3 *Dígito decimal* — Anote el cuarto dígito del código de la CIE - 9 o el tercer dígito del código de la *Clasificación de operaciones quirúrgicas*.
- 1.2.4 Al finalizar el año, pase una línea debajo del último caso anotado. En la próxima línea se anotará el número del año siguiente.
- 1.2.5 Una vez anotados todos los diagnósticos que figuran en la historia clínica, coloque un signo de chequeo al lado del nombre del paciente en la lista de egresos.

2. Archivo de la tarjeta

- 2.1 Archive las tarjetas según orden numérico de código.
- 2.2 Archive aparte las tarjetas llenas según orden numérico del código y dentro de cada código, según orden cronológico. Ejemplo: Si para el código 250 hay cuatro tarjetas llenas, una del año 1984 y tres del año 1885, la de 1984 se archivará primero y las tres restantes en el orden en que fueron llenadas.

3. Consulta del índice de diagnósticos

- 3.1 Revise la autorización para realizar la investigación y los documentos de identificación del investigador.
- 3.2 Asegure que se consultan *todos* los códigos relevantes a la investigación. Muéstrela al investigador tanto el índice alfabético como la lista tabular para lograr un entendimiento sobre los códigos a ser consultados.
- 3.3 Anote en el registro de investigaciones:
 - 3.3.1 Fecha del pedido
 - 3.3.2 Título de la investigación
 - 3.3.3 Nombre del investigador
 - 3.3.4 Período que abarca la investigación
 - 3.3.5 Códigos consultados
 - 3.3.6 Copia de la lista de las historias entregadas (esto será una ayuda si se realiza en el futuro una investigación sobre el mismo tema).
- 3.4 Antes de entregar las historias clínicas al investigador, revíselas para asegurar que todas corresponden al tema de la investigación.

- 3.4.1 Si una historia no corresponde a la investigación, determine si es error de archivo, de anotación en la lista para el archivo, de anotación en el índice de diagnósticos o de codificación. Si el error es de archivo o de lista, obtenga la historia correcta.
- 3.4.2 Si el error es de anotación en el índice, tache el número de historia, tanto del índice como de la lista.
- 3.4.3 Si el error es de codificación, tache el número de historia de la tarjeta índice (como el de la lista) y anote el caso en la tarjeta correcta y en el año correspondiente.

4. Control de calidad del índice de diagnósticos

Periódicamente, el supervisor del índice de diagnósticos y operaciones retirará del archivo una pequeña muestra de historias de pacientes egresados recientemente, y verificará que todos los diagnósticos y procedimientos hayan sido anotados correctamente en el índice.

G. Procedimiento para registro de ingresos y registro de egresos

Objetivo:

- 1. Permitir conocer los nombres de las personas que ingresaron o egresaron del hospital en una fecha determinada.
- 2. Controlar la recepción de historias clínicas de pacientes egresados y el cumplimiento con otros requisitos.

Consideraciones generales:

- 1. Estos registros pueden llevarse en libros o pueden prepararse a máquina con una o más copias.
- 2. Los registros se elaborarán una vez controlado el censo diario.
- 3. No constituye un registro de egresos el agregar la fecha de egreso al registro de ingresos.

1. Registro de ingresos

1.1 Basándose en la lista de ingresos preparada por admisión y corregida por el auxiliar que controló el censo diario, anote:

1.1.1 Fecha — La fecha corespondiente a la fecha en que se produjeron los ingresos.

Los siguientes datos se anotarán en columnas:

- 1.1.1.1 *Número de Historia* — el número de historia del paciente.
- 1.1.1.2 *Nombre del paciente* — los apellidos y nombres completos del paciente.
- 1.1.1.3 *Servicio y Sala* — el servicio y la sala donde se hospitalizó el paciente.

MODELO DE TARJETA INDICE DE DIAGNOSTICOS

CODIGO 009		TITULO Infección intestinal mal definida				AÑO 1986		TARJETA NO. 2			
HIST. CL. NO.	DIG. DEC.	HIST. CL. NO.	DIG. DEC.	HIST. CL. NO.	DIG. DEC.	HIST. CL. NO.	DIG. DEC.	HIST. CL. NO.	DIG. DEC.	HIST. CL. NO.	DIG. DEC.
57 45 50	1										
56 82 91	3										
48 27 03	1										
56 69-34	1										
—											
1987											
57 98.17	1										

93

Tamaño de la tarjeta — 20.0 × 12.5 cm.

2. Registro de egresos

2.1 Basándose en la lista de egresos preparada por Admisión y corregida por el auxiliar que controló el censo diario, anote:

2.1.1 *Fecha* — anote la fecha correspondiente a la fecha en la que se produjeron los egresos. Los siguientes datos se anotarán en columnas:

2.1.1.1 *Número de historia* — el número de la historia clínica del paciente

2.1.1.2 *Nombre del paciente* — los apellidos y nombres completos del paciente.

2.1.1.3 *Servicio y sala* — el servicio y la sala de la que egresó el paciente.

3. Traslados internos

3.1 Si los Registros de Ingreso y de Egreso se preparan a máquina, puede agregarse en uno de ellos los traslados internos, haciendo constar:

3.1.1 *Número de historia* — el número de la historia clínica del paciente.

3.1.2 *Nombre del paciente* — los apellidos y nombres completos del paciente.

3.1.3 *Servicio y Sala* — el servicio y la sala de la que egresó el paciente.

4. Distribución

4.1 Cuando estos registros se preparan a máquina, los originales conformarán los registros de pacientes ingresados y pacientes egresados.

4.2 Una de las copias se mandará al archivo para actualizar los tarjetones.

4.3 Una de las copias se mandará al área de evaluación técnica para controlar la recepción de historias, la anotación de casos en el índice de diagnósticos, etc.

H. Procedimiento para estimar la actividad de las historias clínicas

Objetivo

Obtener información que oriente las decisiones sobre el período de conservación de las historias clínicas y la identificación de historias que pueden pasar al archivo pasivo. Además, dar información sobre la exactitud de archivo y si las normas de archivo se están observando.

Consideraciones generales

1. La información se obtendrá mediante el exámen de una muestra de las historias en el archivo activo.
2. El número de historias en la muestra estará basado en el número total de historias en el archivo activo y el número de años que el archivo activo abarca. Deben examinarse por lo menos 25 historias de las abiertas cada año.

3. Según el promedio de historias abiertas por año, se seleccionarán números de cuatro dígitos o números de tres dígitos como números finales para la identificación de las historias que caerán en la muestra.

1. Seleccionar la muestra

1.1 Decidir sobre el número de historias en la muestra

- 1.1.1 Estime el número de historias en el archivo activo (el número de la última historia menos el número de historias que se han retirado al pasivo).

Ejemplo: La última historia es el número 101 232 y las primeras 25.000 historias se mandaron al pasivo.

$$101.232 - 25.000 = 76.232 \text{ o } 76.000$$

- 1.1.2 Determine el número de años que abarca el archivo, basándose en la fecha de apertura de la primera historia en el archivo y la fecha actual.

Ejemplo: Si la primera historia corresponde al año 1973 y la fecha actual es el segundo semestre de 1986, el archivo abarca 14 años.

- 1.1.3 Calcule el número promedio de historias clínicas abiertas por año

$$\frac{\text{Número de historias en el archivo}}{\text{Número de años que abarca el archivo}} = \text{Promedio de historias por año}$$

$$\text{Ejemplo: } \frac{76.000}{14} = 5.429 \text{ o } 5.400 \quad \frac{600.000}{15} = 40.000$$

- 1.1.4 Divida el número promedio de historias por 10.000 y multiplique el resultado por 10, para determinar si 10 números de cuatro dígitos (el 0,1% de las historias) dará un número suficiente de historias — por lo menos 25 por año.

$$\text{Ejemplo: } \frac{5.400}{10.000} = 0,54 \times 10 = 5,4 \text{ (no alcanza 25)}$$

$$\frac{40.000}{10.000} = 4 \times 10 = 40 \text{ (alcanza 25 y se seleccionan 10 números de 4 dígitos)}$$

Si no alcanza 25, divida el número promedio de historias por 1.000 y multiplique por 10.

$$\text{Ejemplo: } \frac{5.400}{1.000} = 5,4 \times 10 = 54 \text{ (alcanza 25; se seleccionan 10 números de 3 dígitos)}$$

NOTA: Si se observa que con este procedimiento se examinarán mucho más de 40 historias por año, se puede elegir menos de 10 números.

$$\text{Ejemplo: } \frac{5.400}{1.000} = 5,4 \times 7 = 137,8$$

1.2 Seleccionar, al azar, los números de cuatro o de tres dígitos.

- 1.2.1 Obtenga los números consultando una tabla de números aleatorios en un libro de estadística.

1.2.2 Tome los números de los números que salieron premiados en la lotería.

1.2.3 Sáquelos de la guía telefónica.

Elija al azar una página blanca de la guía telefónica y, de los números particulares (no de empresas), anote los dígitos de 10 nombres consecutivos.

Ejemplo:

Nombre en la Guía	No. de teléfono	Si necesita:	
		4 dígitos anote	3 dígitos anote
Pérez R., A..M.	51 43 85	43 85	385
Pérez R., A. S.	56 22 26	22 26	226
Pérez R., B.	2 05 04	05 04	504
Pérez R., C.	31 85 39	85 39	539
Pérez R., C. A.	8 09 26	09 26	926
Pérez R., D.	76 26 52	26 52	652
Pérez R., J. M.	71 20 82	20 82	082
Pérez R., L. C.	91 30 09	30 09	009
Pérez R., L. C.	56 15 76	15 76	576
Pérez R., S.	72 48 93	48 93	893

1.3 Ordenar los números según el método de archivo que se está utilizando.

Ejemplo:

<i>Dígito terminal</i>		<i>Convencional</i>	
4 dígitos	3 dígitos	4 dígitos	3 dígitos
0504	504	0504	009
3009	009	0926	082
0926	926	1576	226
2226	226	2082	385
8639	539	2226	504
2652	652	2652	539
1576	576	3009	576
2082	082	4385	652
4385	385	4893	893
4893	893	8539	926

1.4 Anotar en los formularios “Actividad de las historias clínicas” los números de todas las historias que se examinarán.

1.4.1 Anote los números en la secuencia establecida en el punto 1,3, anteponiéndolos con los dígitos a la izquierda que completan el número de las historias clínicas en el archivo.

Ejemplo: Si el archivo comienza con el número 25.000, anteponga 25 a los 10 números seleccionados y luego 26 a estos mismos números.

25.504; 25.009; 25.926; . . . 25.385; 25.893;
26.504; 26.009; 25.926; . . . 26.385; etc.

1.4.2 Después de haber anotado 20 números, verifíquelos en el archivo para estar seguro que puede localizar las historias fácilmente.

1.4.3 Anote los demás números hasta incluir la última historia en el archivo.

2. Examinar las historias clínicas y anotar los resultados

- 2.1** Tome el formulario “Actividad de las historias clínicas” y localice en el archivo la primera historia.
- 2.2** Observe la fecha en que la historia clínica fue abierta y anote el año en la columna correspondiente.
- 2.3** Hospitalización
 - 2.3.1** Si el paciente nunca fue hospitalizado, marque la columna “No”.
 - 2.3.2** Si el paciente fue hospitalizado una o más veces, anote el último año en que fue hospitalizado.
- 2.4** Consulta externa
 - 2.4.1** Si no hubo consulta, marque la columna “No”.
 - 2.4.2** Si tuvo una o más consultas, anote el año de la última consulta.
 - 2.4.3** Si nunca fue hospitalizado y tuvo una sola consulta, marque la columna “una sola” (además de indicar el año en la columna anterior).
- 2.5** Otras observaciones
 - 2.5.1** Si la historia clínica no se encuentra, indíquelo en la columna “año abierto”, anotando “no está”.
 - 2.5.2** Si el paciente falleció, anótelos (además de los otros datos).
 - 2.5.3** Anote cualquier otra observación (por ejemplo, si la historia está infestada por polillas).
- 2.6** Verifique que todos los datos están completos.

3. Tabular los datos

- 3.1** Prepare una hoja de trabajo indicando el año de apertura y el último año de atención (ver modelo Hoja de Trabajo).
- 3.2** Anote el número de historias abiertas por año.
 - 3.2.1** En base a los datos anotados en la columna “año abierto” del formulario “Actividad de las historias clínicas”, cuente el número de historias abiertas cada año y anote el resultado en la columna “Número abierto”.
 - 3.2.2** Si se encuentra una historia que no corresponde al año que se está tabulando, anótelos en el año que corresponde y encierre los datos en un círculo para evitar la doble tabulación del dato.
 - 3.2.3** Para cada historia, observe el año de la última atención, ya sea en hospitalización o consulta externa y coloque una virgula (/) en la casilla correspondiente (la formada por el año de apertura y el año de última atención).

3.2.4 Si la historia no está, se incluye en el total de historias abiertas y se marca como faltante en la columna “falta”.

3.2.5 Se procede igual hasta tabular todos los años.

3.3 Compruebe la base

3.3.1 Cuente las vírgulas (/) y anote los totales en cada casilla.

3.3.2 Sume los totales de las casillas en forma horizontal y compare el resultado con el total de historias abiertas en el año (tomando en cuenta las faltantes).

3.3.3 Si no coincide, revise y rectifique los datos.

4. Preparar el cuadro resumen

4.1 Prepare la matriz del cuadro.

4.2 Transcriba los datos de la hoja de trabajo.

4.2.1 Anote el año de apertura.

4.2.2 Anote el número de historias clínicas abiertas.

4.2.3 Anote el número de historias clínicas faltantes.

4.2.4 Transcriba los datos de cada casilla de las hojas de trabajo.

4.3 Calcule los porcentajes

4.3.1 Si hay historias faltantes, calcule los porcentajes en base a las historias que están.

4.3.2 Sume los porcentajes de cada año para asegurar que lleguen al 100% (puede haber unos décimos de más o de menos debido a redondeo).

4.4 Sume las columnas de los números. Verifique que la suma horizontal coincide con el total de historias en la muestra.

5. Interpretar el cuadro

5.1 Observe el porcentaje de historias que corresponden a pacientes que no han sido atendidos en más de 10 años y los que no se han atendido en más de 5 años. Este es el porcentaje de historias que pueden salir del archivo activo.

5.2 Observe el porcentaje de historias que no han regresado en años posteriores al año en que la historia se abrió.

6. Preparar el cuadro de características de las historias clínicas

6.1 Prepare la matriz del cuadro.

6.2 Resuma los datos de la hoja “Actividad de las historias clínicas”

6.2.1 Anote el año de apertura.

6.2.2 Anote el número de historias clínicas abiertas.

6.2.3 Anote el número de historias que tuvieron sólo hospitalización, después de haberlas contado.

6.2.4 Cuente y anote el número de historias que tuvieron hospitalización Y consulta externa.

6.2.5 Cuente y anote el número de historias que tuvieron sólo consulta externa.

6.2.6 Cuente y anote el número de historias con una sola consulta.

6.3 Calcule los porcentajes

6.3.1 Calcule los porcentajes para cada casilla para cada año, basándose en el *total de historias abiertas*

6.3.2 Sume los porcentajes de cada año para asegurar que lleguen al 100% (puede haber unos décimos de más o de menos debido al redondeo).

7. Interpretación del cuadro de características de las historias

7.1 Observe el porcentaje de historias que son de hospitalización solamente. Si el porcentaje es muy alto, puede indicar que se hace poco seguimiento en la consulta externa.

7.2 Observe el porcentaje de historias de una sola consulta. Si es alto, esto puede indicar que se están abriendo muchas historias para pacientes que nunca vuelven y que tal vez esto sea innecesario. (Por ejemplo, pacientes a quienes sólo se saca una radiografía.)

Un porcentaje elevado de historias con una sola consulta, puede también indicar que hay pacientes que tienen más de una historia en el archivo debido, posiblemente, a deficiencias en el manejo del índice de pacientes.

Capítulo III

Entrega de información a terceros

A. Procedimiento para tramitar certificaciones médicas

Objetivo:

Asegurar que las certificaciones médicas se tramitan pronta y correctamente.

Procedimiento:

1. Las solicitudes de certificaciones presentadas por los pacientes, familiares y solicitudes de juzgados y otras instituciones deberán dirigirse a la Dirección del Hospital.
2. La secretaria de la Dirección: 1) entrega un comprobante a la persona que presenta la solicitud (con la autorización del paciente cuando ésta sea necesaria), en el que indica el plazo en que le será suministrada la certificación y 2) canaliza las solicitudes.
3. Las solicitudes de informes simples serán contestadas por el Jefe de Registros Médicos. Estos informes se refieren a:

- Constancia de atenciones recibidas en el hospital.
- Constancia de hospitalizaciones.
- Constancia de nacimientos.

Estas certificaciones serán firmadas por el Jefe del Departamento de Registros Médicos y llevarán el visto bueno del Director.

4. Las solicitudes de informes que incluyan:
 - constancia de diagnósticos;
 - evaluación médica del estado de salud;
 - pronóstico;
 - tiempo que durará el tratamiento de la dolencia;
 - Descanso o incapacidad;

deberán ser contestadas por el médico tratante, para lo cual la secretaria de la Dirección le notificará de dicha solicitud mediante el libro de Registro de Solicitudes de Certificación Médica y él pasará por el Departamento de Registros Médicos para obtener la historia clínica correspondiente.

- 4.1 Una vez elaborado el borrador del informe, el médico lo entregará al Departamento de Registros Médicos para ser mecanografiado en original y copia (para la historia).
- 4.2 Luego de ser firmado por el médico, el certificado y la historia clínica se entregarán a la secretaria de la Dirección para obtener el visto bueno del Director.

5. La secretaria de la Dirección entrega el informe a la persona solicitante, previa presentación del comprobante que se le otorgó.
6. Una copia de la certificación médica será archivada en la historia clínica del paciente.

Capítulo IV

Estadística

A. Procedimiento para el cálculo de días de estancia

Días de estancia (o *días de permanencia* o *estancia*) es el número de días calendario, desde la admisión o ingreso hasta el egreso, contándose el día de egreso únicamente cuando el paciente se internó ese mismo día. Se contabiliza un día de estancia cuando un paciente ingresa y egresa en el mismo día y también cuando el paciente ingresa un día y egresa al día siguiente.

- Se computará el día de ingreso pero no el día de egreso. Ejemplo:
A un paciente ingresado el 13 de mayo y egresado el 18 de mayo le corresponde 5 días de estancia (ya que no se computa el día 18, es decir, el día de egreso).
- Cuando un paciente ingresa y egresa el mismo día, se computará un día de estancia: Ejemplo:
Un paciente ingresa el día 13 de mayo a las 5 horas (5 a.m.) y fallece ese mismo día a las 14 horas (2 p.m.). Se computará un día de estancia.
- Cuando el ingreso y egreso se producen dentro del mismo mes, los días de permanencia pueden obtenerse restando a la fecha de egreso la fecha de ingreso. Ejemplo:
Si el paciente ingresó el 13 de mayo y egresó el 25 de mayo, le corresponden 12 días de estancia (lo que se obtiene restando 25 menos 13).
- Cuando el ingreso se produce en un mes y el egreso se produce el mes siguiente, los días de estancia pueden obtenerse restando al número de días con que cuenta el primer mes, la fecha de ingreso y sumando a este resultado el día de la fecha de egreso en el mes siguiente. Ejemplo:
Si el paciente ingresó el 28 de mayo y egresó el 6 de junio, le corresponden 9 días de estancia, lo que se obtiene restando 31 (el número de días en el mes de mayo) menos 28 (la fecha de ingreso). Al resultado de esta resta, 3, se suma 6 (la fecha de egreso).
- Cuando el ingreso se produce en un mes y el egreso se produce dos (o más) meses más tarde, los días de estancia pueden obtenerse restando al número de días con que cuenta el primer mes, la fecha de ingreso y sumando a este resultado los días en los meses siguientes hasta la fecha de egreso. Ejemplo:
Si el paciente ingresó el 2 de enero de 1987 y egresó el 19 de mayo de 1987, le corresponden 137 días de estancia: 29 días enero, 28 en febrero, 31 en marzo, 30 en abril y 19 en mayo.

NO SE OLVIDE

Meses con 31 días — Enero, marzo, mayo, julio, agosto, octubre y diciembre.

Meses con 30 días — Abril, junio, septiembre y noviembre.

Mes con 28 días (29 en año bisiesto) — Febrero.

B. Procedimiento para el censo diario

1. Objetivo

Obtener información diaria sobre el número y movimiento de pacientes y el número de camas en cada sala de hospitalización.

2. Consideraciones generales

2.1 Para obtener los datos necesarios se tiene que realizar el censo diario de pacientes en cada una de las salas de internamiento del establecimiento y tener la plena certeza de su exactitud. Es imprescindible que la enfermera encargada de realizar el censo recorra personalmente la sala *cama por cama, todos los días*.

2.2 Debe llenarse un formulario de censo diario para cada día, inclusive sábados, domingos y días festivos.

Los días en que no se haya producido movimiento en la sala se llenarán los siguientes datos: servicio, sala, fecha del censo, firma de la enfermera, saldo anterior, saldo día siguiente, camas desocupadas, camas ocupadas y total de camas.

2.3 Deben registrarse todas las entradas y salidas ocurridas en la sala de hospitalización que se está censando, pero sólo después de efectuadas. Es decir, la entrada se contará desde el momento que el paciente *ocupe la cama* y la salida desde que la *desocupe*. Aunque el paciente haya realizado el trámite de internamiento o el médico haya autorizado su egreso o traslado a otra sala, el hecho no debe consignarse en el censo hasta que haya ocurrido realmente.

NOTA: El paciente que se hospitaliza, pero que pasa directamente al quirófano o a la sala de partos, se considera como ocupando una cama y debe figurar en el censo.

2.4 El día censal se considera igual al día calendario, es decir, abarca el período comprendido entre las 0 y las 24 horas. (De medianoche a medianoche.)

2.5 El Censo Diario se entregará al Departamento de Registros Médicos antes de las 9 horas (9 a.m.) del mismo día en que se llena el formulario. Por ejemplo, el censo del día lunes 6, que se hace entre medianoche y las 7 horas (7 a.m.) del día 7, se entregará el mismo día 7 antes de las 9 horas; los censos del sábado y del domingo se entregarán juntos antes de las 9 horas del día lunes.

3. Definición de términos

- 3.1 Ingreso** — Es la aceptación formal de un paciente por el hospital para su atención médica; un ingreso siempre implica la ocupación de una cama y la mantención de una historia clínica para el paciente, durante el periodo que dure su internamiento.
- 3.2 Traslado o pase** — Es la transferencia de un paciente de un servicio o sala a otro servicio o sala dentro del establecimiento. Esto constituye un movimiento interno y no debe contarse como ingreso o alta del hospital.
- 3.3 Egreso** — Es el retiro de un paciente de los servicios de internación del hospital. Puede ser por alta o defunción.
- 3.4 Alta** — Todo paciente que se retire vivo del hospital. La razón del alta (orden del médico, retiro por propia voluntad, traslado a otro hospital, fuga, por medida disciplinaria, etc.) no modifica que se considere como un alta.
- 3.5 Defunción** — Todo paciente que fallece mientras está internado en el hospital. Una defunción es la desaparición permanente de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento vivo.
- 3.6 Cama de hospital** — Es aquella instalada para el uso regular de los pacientes hospitalizados (que no sean los recién nacidos dentro del hospital) durante su estadía en el establecimiento.
- Se cuentan como cama de hospital: todas las camas de adultos y de niños (con o sin barandas), las cunas de recién nacidos enfermos, las incubadoras, y las camas de cuidados intensivos.
- No deben contarse como camas de hospital aquellas que se usan sólo temporalmente con fines de diagnóstico o tratamiento (rayos X, fisioterapia, camas de trabajo de parto, camas de recuperación postoperatoria, camillas ubicadas en la sala de emergencia donde los pacientes esperan su atención definitiva), camas para acompañantes, camas en el depósito y camas para el personal.
- 3.7 Dotación normal de camas** — Es el número de camas de hospital regularmente mantenido, durante periodos de operación normal, en áreas destinadas para el alojamiento y cuidado permanente de pacientes internados.
- 3.8 Camas disponibles** — El número de camas realmente instaladas en el hospital, en condiciones de uso inmediato para la atención de pacientes hospitalizados, independiente de que estén ocupadas o no.
- El número de camas disponibles puede variar diariamente debido a:
- que se aumente el número de camas en la sala por aumento de la demanda, estados de emergencia, etc.
 - que se retiren camas para reparación, desinfección, pintura del local, clausura temporal del servicio.

4. Procedimiento

- 4.1 Después de medianoche y antes de las 7:00 horas (7:00 a.m.), la persona encargada de realizar el censo debe recorrer la sala a su cargo, *cama por cama*, para controlar si hubo o no movimiento el día anterior; es decir, si se produjeron ingresos, altas, defunciones o transferencias en la sala, entre las 0 y las 24 horas del día anterior.
- 4.2 Después de comprobar el movimiento de la sala debe registrar en el formulario del Censo Diario los hechos ocurridos, de acuerdo con las instrucciones para su llenado (ver punto 5).

El cambio de un paciente de una cama a otra en la misma sala *no* deberá registrarse en el censo, por ser movimiento de dicha sala, salvo que represente una transferencia de un servicio a otro.
- 4.3 La hoja de Censo Diario se remite al Departamento de Registros Médicos antes de las 9:00 horas (9:00 a.m.).

5. Instrucciones para llenar los rubros del Censo Diario

Los rubros del formulario (adjunto) están divididos en cuatro partes: Identificación, Resumen, Movimiento de Pacientes e Identificación de camas desocupadas.

5.1 Identificación

- 5.1.1 *Servicio* — Anote el nombre del servicio al cual pertenece la sala de hospitalización que se está censando, por ejemplo, medicina, cirugía, obstetricia, etc.
- 5.1.2 *Sala* — Anote el nombre o número de la sala de internamiento.
- 5.1.3 *Fecha del censo* — Anote el día, mes y año correspondiente al día censado y no al día en que se realiza el censo. Por ejemplo, el censo correspondiente al 9 de junio de 1987 se realiza en la madrugada del 10 de junio; en el formulario se anotará 9-VI-87.
- 5.1.4 *Firma de la enfermera* — La enfermera que realizó el censo debe firmar allí.

5.2 Resumen

Esta parte está destinada a resumir y controlar el movimiento registrado en la tercera parte del formulario.

- 5.2.1 *Saldo anterior* — Anote el número de pacientes que estaban ocupando una cama a la hora 0 del día censado. Esta cantidad tiene que ser igual al "Saldo Día Siguiente" que figura en el punto 2.5 del censo del día anterior; por ejemplo, si el número de pacientes a las 24 horas del 8 de junio era 10, el número de pacientes a la hora 0 del 9 de junio también debe ser 10.
- 5.2.2 *Entradas a la sala* — Anote el total de los pacientes que entraron a la sala ya sea por ingreso al hospital (sección 6) o por traslado de otra sala (sección 7).
- 5.2.3 *Total* — Anote la suma de los rubros "Saldo anterior" y "Entradas a la sala" (2.1 + 2.2).

- 5.2.4 *Salidas de la sala* — Anote el total de los pacientes que salieron de la sala ya sea por alta, defunción o traslado a otra sala.
- 5.2.5 *Saldo día siguiente* — Anote el número de pacientes que se encontraban ocupando una cama a las 24 horas del día censado. Esta cifra debe ser igual al total (2.3) menos las salidas de la sala (2.4).
- 5.2.6 *Camas desocupadas* — Anote el número de camas desocupadas.
- 5.2.7 *Camas ocupadas* — Anote el número de camas ocupadas. En el caso excepcional de dos pacientes ocupando una sola cama, se contará ésta como una cama.
- 5.2.8 *Total de camas* — Anote el total de camas (ocupadas + desocupadas) que había en la sala a la hora 24 del día censado.

5.3 Movimiento de pacientes

Esta parte está destinada a registrar el movimiento de pacientes. Conviene anotar los siguientes datos del paciente a medida que el movimiento se produce.

- *H.C.* — Anote el número de la historia clínica de los pacientes que hayan entrado o salido de la sala de hospitalización.
- *Cama* — Anote el número de la cama ocupada por el paciente.
- *Hora* — Anote la hora en que el paciente entró o salió de la sala.
- *Apellidos y nombres* — Anote en letra clara y legible los apellidos y luego los nombres de los pacientes. En el caso de mujeres casadas, anote sólo el apellido de soltera.

- 5.3.1 *Entradas por ingreso* — Anote los pacientes que entran a la sala por ingreso al hospital. La entrada de un paciente por traslado desde otra sala de internación del mismo hospital no debe anotarse en esta sección.
- 5.3.2 *Entradas por traslado* — Esta sección está destinada a registrar las entradas por traslado de pacientes de otra sala de internamiento dentro del mismo hospital. Anote en el espacio correspondiente la sala de donde proviene el paciente.
- 5.3.3 *Alta* — Anote el paciente que sale vivo del hospital ya sea por orden médica, voluntaria, fuga o traslado a otro establecimiento de salud.
- 5.3.4 *Defunciones* — Anote los pacientes que fallecen en el hospital.
- 5.3.5 *Salidas por traslado* — Anote los pacientes que salen por traslado a otras salas de hospitalización dentro del mismo establecimiento, indicando en la columna “van a” la sala a la que se trasladó el paciente.

NOTA: Si sucediera que un paciente entrara y saliera de la sala el mismo día, anote los apellidos y nombres del paciente dos veces, tanto como entrada y como salida.

5.4 Identificación de camas desocupadas

Registre, uno por casillero, el número que identifica cada cama desocupada al momento de entregar el informe al Departamento de Registros Médicos, a fin de que el Servicio de Admisión conozca la disponibilidad de camas.

6. Archivo

Una vez controlado y resumido el censo por el Departamento de Registros Médicos, archive, según fecha, los formularios "Censo Diario".

7. Periodo de conservación

Los formularios "Censo Diario" se conservarán por un periodo de *seis* (6) meses. Vencido este plazo, los formularios se destruirán.

ANEXO I

Cómo realizar un Censo Diario

El día 10 de junio, antes de las 7 horas, la enfermera encargada de hacer el censo de la sala X, del servicio de Traumatología, recorre dicha sala observando, cama por cama, el movimiento que se produjo entre la hora 0 y la hora 24 del día anterior (9 de junio) comprobando lo siguiente:

- Cama N° 1: Está desocupada pues Rafael Ramírez, historia clínica número 9876, que ocupaba esa cama, fue trasladado a otro establecimiento durante la tarde del día 9. Este movimiento se anotará como *alta*.
- Cama N° 2: Está desocupada pues Carlos Fernández, historia clínica número 11438, fue dado de alta por el médico tratante y se retiró a su domicilio a las 15:30 (3:30 p.m.) del día 9. Se anotará como *alta*.
- Cama N° 3: Está ocupada por Pedro Rodríguez, historia clínica número 12478, que ingresó a la sala el día 9 a las 10 horas. Se anotará en el censo como *ingreso*.
- Cama N° 4: Continua ocupada por el mismo paciente que estaba el día anterior. No se anotará nada en el censo.
- Cama N° 5: Ocupada por Ramon Pérez, historia clínica número 11329; fue trasladado el día 9 a las 11 horas desde la sala Z donde se encontraba internado. Se anotará en la sección *entrada por traslado*, registrando Sala Z en la columna "Vienen de".
- Cama N° 6: Ocupada por Fernando Fernández, que ingresó a las 2 horas (2:00 a.m.) del día 10; este ingreso corresponde al día 10 y por lo tanto *no figurará* en el censo del día 9.
- Cama N° 7: Ocupada por Pedro Alvarado que el día anterior estaba en la cama 8 de la misma sala de internamiento. Como esto constituye un traslado de una cama a otra, no debe registrarse en el censo por ser un movimiento interno de la misma sala.
- Cama N° 8: Desocupada por haber sido cambiado dentro de la misma sala el paciente Pedro Alvarado. No se anota nada.

- Cama N° 9: Ocupada hasta el día 8 por Isidro Molina, historia clínica número 2398. El paciente se marchó por su propia voluntad a las 11 horas (11 a.m.) del día 9. Figurará en el censo como *alta*.
- Cama N° 10: Continua desocupada. No se anotará nada en el censo.
- Cama N° 11: Se encuentra desocupada pues José Ramírez, historia clínica número 4502, que ocupaba esa cama fue transferido a la sala y el día 9; se anotará como *salida por traslado*, registrando sala Y en la columna "van a".
- Cama N° 12: Desocupada el día 8. Fue ocupada a las 4 horas (4 a.m.) del día 9 por Roberto Sánchez, historia clínica número 13133, quien falleció a las 18 horas (6 p.m.) del mismo día, es decir, que el paciente ingresó y egresó el mismo día. Se anotará tanto en la sección *Ingresos* como en la sección *Defunciones*.
- Cama N° 13: Fue ocupada a las 5 horas (5 a.m.) del día 9 por Rolando Santana, historia clínica número 10248, a quien se dió de alta a las 15 horas (3 p.m.) del mismo día. Es decir, el paciente ingresó y egresó el mismo día; se anotará en el censo dos veces, una en *Ingresos* y otra en *Altas*.
- Cama N° 14: Está desocupada pues Jorge Gómez, historia clínica número 4567, quien ingresó el día 7 fue operado el día 9 y aún permanece en la sala de recuperación postoperatoria. No se anota nada en el censo.

ANEXO III

CENSO DIARIO (Formulario Resumido)

1. FECHA										DÍA	MES	AÑO
2. SERVICIO				3. SALA/SECTOR				4. CAMAS DISPONIBLES				
5. APELLIDOS Y NOMBRES				6. HISTORIA CLINICA NO.	7. CAMA	8. INGRESOS	9. TRASLADOS DE	10. EGRESOS		11. TRASLADOS A		
								ALTAS	DEFUNC.			
12. TOTAL												
13. EXISTENCIA A LAS O HS.	14. INGRESOS	15. TRASLADOS DE	16. EGRESOS		17. TRASLADOS A	18. EXISTENCIA A LAS 24 HS.	19. INGRESOS Y EGRESOS EN EL DIA	20. DIAS PACIENTE	21. CAMAS DISPONIBLES			
			ALTAS	DEFUNC.								

APENDICE. Procedimiento abreviado del censo diario

- Secretaria de Sala o Enfermera:
1. Anota pacientes que entran y salen de la sala en el formulario Censo Diario (Form. ____).
- Enfermera:
2. Realiza a medianoche el censo de la sala, cama por cama.
 3. Verifica que todo paciente que entró o salió de la sala está anotado en el formulario Censo Diario.
 4. Resume el movimiento del día y anota los resultados en la sección de resumen del formulario Censo Diario.
 5. Verifica que la existencia a las 24 horas (saldo para el día siguiente) en el formulario Censo Diario coincide con el número de pacientes en la sala; controla que el formulario se llenó completa y correctamente; firma el formulario.

Auxiliar de Estadística:

6. Encabeza el formulario Censo Diario para el día siguiente.
7. Entrega el Censo Diario al Departamento de Registros Médicos antes de las 7 horas (7 a.m.)
8. Ordena los formularios Censo Diario según servicio y número de sala; controla que tiene todos.
9. Reclama a la sala los formularios Censo Diario que faltan.
10. Coteja los nombres de pacientes que figuran como ingreso al hospital con las copias del Informe de Ingreso y Egreso (Form. ____) recibidas de la Oficina de Admisión; coloca un signo de chequeo al lado del nombre en el formulario Censo Diario.
11. Verifica que en los formularios Censo Diario todo paciente que figura como "entrada por traslado" figura en el de la sala de procedencia como "salida por traslado"; retira la copia del Informe de Ingreso y Egreso del archivador de la sala de procedencia.
12. Retira del archivador de la sala la copia del Informe de Ingreso y Egreso para cada paciente que figura en el formulario Censo Diario como egreso del hospital; coloca un signo de chequeo al lado del nombre en el formulario Censo Diario.
13. Verifica que para cada sala la existencia a la hora 0 (saldo anterior) coincide con la existencia a las 24 horas (saldo día siguiente) del censo del día anterior.
14. Controla que el resumen del censo en cada formulario es correcto y coincide con el número de nombres registrados en el mismo.
15. Aclara cualquier discrepancia con la sala.
16. Reclama a la Oficina de Admisión cualquier Informe de Ingreso y Egreso que falta.
17. Pasa la información de cada formulario Censo Diario al "Resumen Diario Mensual del Censo Diario" (Form. ____) correspondiente a esa sala.
18. Llena el Informe Diario del Director (Form. ____) en original y una copia.
19. Prepara el Registro de Ingresos y el Registro de Egresos, basándose en los Informes de Ingreso y Egreso.
20. Entrega el original del Informe Diario del Director a la Dirección.
21. Archiva los Informes de Ingreso y Egreso de ingresos y traslados en los archivadores correspondientes.
22. Engrapa los formularios Censo Diario según fecha y los archiva.
23. Archiva la copia del informe Diario del Director.

Información adicional

1. Ver las instrucciones detalladas para llenar los formularios del Censo Diario, del Resumen Diario Mensual del Censo Diario y del Informe Diario del Director.

C. Procedimiento para el resumen diario mensual del Censo Diario

1. *Objetivo*

Proporcionar un resumen mensual del movimiento de pacientes y de la utilización de las camas de cada sala de internamiento.

2. *Consideraciones generales*

Es imprescindible que el Departamento de Registros Médicos controle *diariamente* la información contenida en el censo diario de cada sala de internamiento y consignarla en el "Resumen Diario Mensual del Censo Diario" correspondiente.

3. *Procedimiento*

- 3.1 Reciba los formularios del Censo Diario, debidamente completados, de cada servicio o sala de internamiento antes de las 9 horas (9 a.m.).
- 3.2 Reclame a los servicios o salas, a partir de las 9, los formularios que falten.
- 3.3 Controle el censo de cada sala o servicio antes de vaciarlo en el Resumen Mensual. Fíjese en los siguientes puntos:
 - 3.3.1 El saldo anterior (la existencia a la hora 0) debe ser igual al saldo del día siguiente (existencia a la hora 24) que figura en el censo del día anterior.
 - 3.3.2 El número de nombres en las secciones de ingresos y entradas por traslado (secciones 6 y 7) que figuran en la tercera parte del formulario debe coincidir con lo anotado en el rubro 5.2 del resumen y el número de altas, defunciones y salidas por traslado (secciones 8, 9 y 10) debe ser igual a lo anotado en el rubro 5.4 de la parte II 10 junio 1987, Resumen.
 - 3.3.3 Deben existir tantos Informes de Ingreso y Egreso iniciados por la Oficina de Admisión, como ingresos figuren en el censo.
 - 3.3.4 Los apellidos y nombres que figuran en los Informes de Ingreso y Egreso deben ser iguales a los que figuran en el censo de la sala o servicio correspondiente.
 - 3.3.5 Si un paciente figura en el censo de una sala o servicio como "entrada por traslado", debe figurar en el censo de la sala o servicio que corresponda como "salida por traslado". Ejemplo:

Si el paciente José Ramírez es transferido del servicio de medicina general al servicio de cirugía, debe figurar en el censo del servicio de medicina general como "salida por traslado" y en el censo de cirugía como "entrada por traslado".

En caso que los datos no coincidan, hay que consultar los servicios o salas correspondientes para determinar si el error se debe a que el paciente dado como "entrada por traslado", en realidad fue un ingreso al hospital o que el paciente

dado como “salida por traslado” fue un egreso del establecimiento o bien, que una de las personas encargadas omitió anotar en el censo el traslado que efectivamente se había realizado o que lo anotó antes de haberse producido el hecho.

- 3.4** Para cada paciente que figura como un egreso en el Censo Diario, retire del archivador correspondiente, la copia de su Informe de Ingreso y Egreso, anote en el Informe la fecha de egreso y calcule el número de días de estancia (permanencia).

4. Instrucciones para el llenado de los rubros

4.1 Al inicio del mes

Al comienzo del mes encabece un formulario “Resumen Diario Mensual del Censo Diario” para cada sala y uno global para el hospital.

- 4.1.1** Anote el mes y el año a que corresponde el Resumen Diario Mensual del Censo Diario.
4.1.2 Anote el nombre del servicio y sala en que se hizo el correspondiente censo diario.
4.1.3 Anote el Saldo anterior (col. 1) del primer día del mes. (Transcriba el dato “Saldo para día siguiente” del último día del mes anterior.)

4.2 Diariamente

La columna “día” indica el renglón en que deberán pasarse los datos del censo respectivo.

- 4.2.1** Saldo anterior (existencia a la hora 0)(col. 1) — Anote el número que figura en el rubro II.1 del Censo Diario.
4.2.2 Entradas — Ingresos (col. 2) — Anote el número de pacientes que figura en la sección III.1 del Censo Diario.
4.2.3 Entradas por traslado (col. 3) — Anote el número de pacientes que figura en la sección III.2 del Censo Diario.
4.2.4 Entradas — Total (col. 4) — Anote el número que figura en el rubro II.3 del Censo Diario. Verifique que este dato coincida con la suma de los datos en la col. 2 y la col. 3.
4.2.5 Salidas — Altas (col. 5) — Anote el número de pacientes que figura en la sección III.3 del Censo Diario.
4.2.6 Salidas — Defunciones (col. 6) — Anote el número de pacientes que figura en la sección III.4 del Censo Diario.
4.2.7 Salidas por traslado (col. 7) — Anote el número de pacientes que figura en la sección III.5 del Censo Diario.
4.2.8 Salidas — Total (col. 8) — Anote el número que figura en el rubro II.4 del Censo Diario. Verifique que este número coincide con la suma de los datos en las columnas 5, 6 y 7.
4.2.9 Saldo para día siguiente (existencia a la hora 24) (col. 9) — Anote el número que figura en el rubro II.5 del Censo Diario.

- 4.2.10 Ingresos y egresos mismo día (col. 10) — Anote el número de pacientes que ingresaron y egresaron del hospital el día del censo.
- 4.2.11 Días — paciente (col. 11) — Anote la suma de los datos que figuran en las columnas 9 y 10.
- 4.2.12 Total de camas (col. 12) — Anote el número que figura en el rubro II.8 del Censo Diario.
- 4.2.13 Estancias pacientes egresados (col. 13) — Basándose en los datos contenidos en los Informes de Ingreso y Egreso de los pacientes egresados de la sala y del hospital ese día, sume las estancias (días de permanencia) y anote el resultado.

4.3 Al finalizar el mes

- 4.3.1 Sume verticalmente las cifras anotadas en las columnas 2 a 13 inclusive.
- 4.3.2 Verifique que:
- Total col. 4 = Total col. 2 + Total col. 3
Total col. 8 = Total col. 5 + Total col. 6 + Total col. 7
Total col. 11 = Total col. 9 + Total col. 10
- 4.3.3 Realice el siguiente control: Al saldo anterior del primer día del mes (col. 1), *sume* el total de entradas (col. 4) y de este sub-total *reste* el total de salidas (col. 8). El resultado debe ser igual al saldo para el día siguiente (col. 11) del último día del mes. Ejemplo:
- A la hora 0 (saldo anterior) del 1ro. de agosto la sala X contó con 10 pacientes. Durante el mes entraron 64 ingresos y 2 traslados de otras salas (total 66) y salieron 59 altas, 5 defunciones y 1 traslado a otra sala (total 65). $10 + 66 = 76 - 65 = 11$. El Resumen Diario Mensual indica que a la hora 24 del 31 de agosto la existencia (saldo para día siguiente) era 12, no 11. Eso señala que existe alguna discrepancia que hay que corregir antes de seguir adelante.
- 4.3.4 Aclare cualquier discrepancia detectada en el punto 4.3.3.
- 4.3.4.1 Revise las sumas verticales y corrija cualquier error detectado.
- 4.3.4.2 Si el punto 4.3.4.1 no revela el error, controle, día por día, que $\text{col. 1} + \text{col. 4} - \text{col. 8} = \text{col. 9}$. Una vez que identifica el día en que se produjo el error, consulte el formulario de Censo Diario correspondiente para determinar qué dato fue transcrito erradamente.
- 4.3.4.3 Después de hacer las correcciones, repita el paso 4.3.2.
- 4.3.5 Anote la dotación normal de camas del último día del mes (rubro 14).
Si hubo un cambio en la dotación normal de camas durante el mes, anote en el rubro 20 (Observaciones), la fecha en que se produjo el cambio y la antigua y nueva dotación. Ejemplo: 20-VIII Dotación cambio de 25 a 23.
- 4.3.6 Promedio de camas disponibles (rubro 15) — Calcule y anote el promedio de camas disponibles (el número promedio de camas disponibles cada día del mes). Se obtiene dividiendo los días-cama disponibles en el mes (total de la col. 12) entre el número de días del mes.

Ejemplo: Si para el mes de agosto hubo un total de 780 días-cama disponibles, el promedio de camas disponibles es 25.

$$\frac{780}{31} = 25,2 \text{ o } 25 \text{ (Se redondea al entero por tratarse de camas)}$$

- 4.3.7 Promedio de estancia (días de permanencia) (rubro 16) — Calcule y anote el promedio de estancia (el número promedio de días de atención prestada a cada paciente egresado durante el periodo). Se obtiene dividiendo el total de días de estancia de pacientes egresados (col. 13) entre el total de egresos (suma de los totales de las columnas 5 y 6).

Ejemplo: Durante el mes de agosto hubo 643 días de estancia de pacientes egresados y hubo 146 altas y 10 defunciones. El promedio de estancia es 4,1 días.

$$\frac{643}{146 + 10} = \frac{643}{156} = 4,21 \text{ o } 4,1$$

NOTA: En los hospitales de corta estancia, al calcular el promedio de estancia, el resultado variará poco si se utiliza el total de días de estancia de los pacientes egresados, o el total de días-paciente calculados en base al censo. Los hospitales de larga estancia, para evitar distorsiones, tienen que usar el total de días de estancia de pacientes egresados para calcular este promedio.

- 4.3.8 Porcentaje de ocupación (rubro 17) — Calcule y anote el porcentaje de ocupación (la relación entre los días-paciente y los días-cama durante el mes). Se obtiene dividiendo el total de días-paciente (col. 11) \times 100 entre el total de días-cama disponibles (col. 12).

Ejemplo: Durante el mes de agosto hubo un total de 643 días paciente y 780 días-cama. El porcentaje de ocupación es 82,4 por ciento.

$$\frac{643 \times 100}{780} = 82,43 \text{ o } 82,4 \%$$

- 4.3.9 Giro de camas (rubro 18) — Calcule y anote el giro de camas (la relación entre el número de egresos en el mes y el promedio de camas disponibles en el mes). Se obtiene dividiendo el total de egresos (suma de los totales de las columnas 5 y 6) entre el promedio de camas disponibles (rubro 15).

Ejemplo: Usando los datos presentados en los ejemplos arriba citados, se observa que hubo 156 egresos durante el mes de agosto y que el promedio de camas disponibles es 25. El giro de camas, por lo tanto, es 6,2.

$$\frac{156}{25} = 6,24 \text{ o } 6,2$$

- 4.3.10 Tasa de mortalidad (rubro 19) — Calcule y anote la tasa de mortalidad (la relación entre el número de defunciones en el mes y el total de egresos, expresada como un porcentaje). Se obtiene dividiendo el número total de defunciones (col. 6) entre el total de egresos (col. 5 + col. 6)

Ejemplo: Durante el mes de agosto hubo 156 egresos de los cuales 10 eran defunciones. La tasa de mortalidad es 6,4 por ciento.

$$\frac{10 \times 100}{156} = 6,41 \text{ o } 6,2 \%$$

5. *Archivo*

Finalizado el mes, el “Resumen Diario Mensual del Censo Diario” se archivará por sala, en orden cronológico.

6. *Periodo de conservación*

El “Resumen Diario Mensual del Censo Diario” se conservará por un periodo de un (1) año y después se destruirá.

D. Procedimiento para el informe diario del director

1. Objetivo

Informar diariamente al Director sobre el movimiento de pacientes ocurrido en cada sala de hospitalización, así como también a jefes de departamentos (ej. enfermería, alimentación) que pueden necesitar esta información.

2. Consideraciones generales

- 2.1** El Informe Diario del Director se basa en los formularios de Censo Diario. Es necesario controlar la exactitud de dichos formularios y conviene transcribirlos en el Resumen Diario Mensual del Censo Diario antes de transcribir los datos al Informe Diario del Director.
- 2.2** Deberá llenarse un informe para cada día, inclusive sábados, domingos y días festivos.
- 2.3** El original del informe se entregará diariamente a la Dirección lo más temprano posible. Se preparará una copia para el Departamento de Registros Médicos más una copia para cualquier otro departamento al que se haya acordado enviar este informe.
- 2.4** Los totales que se consignan en el Informe Diario del Director servirán de fuente para el llenado del Resumen Diario Mensual del Censo Diario para el establecimiento en general.

3. Procedimiento

- 3.1** Diariamente se encabezará con la fecha correspondiente al día censal, un original del Informe Diario del Director, más el número establecido de copias.
- 3.2** Después de comprobar que los datos consignados en el Censo Diario por el personal de enfermería son correctos y de haberlos anotado en sus respectivos Resumen Diario Mensual del Censo Diario, los datos se transcribirán a las casillas correspondientes del Informe Diario del Director. El dato "camas desocupadas", que no figura en el Resumen Diario Mensual del Censo Diario, se transcribirá del rubro II.6 del formulario Censo Diario.
- 3.3** Una vez que los datos correspondientes a cada sala del establecimiento han sido transcritos, se sumará cada columna y el resultado se anotará en el renglón "total".
- 3.4** Se realizarán los siguientes controles:
 - 3.4.1** El total de "Entradas por traslado" (col. 4) tiene que ser idéntico al total de "Salidas por traslado" (col. 7).
 - 3.4.2** El total del "Saldo día siguiente" (col. 8) tiene que ser el resultado de la suma del

total de las entradas a las salas (col. 5) y el total del "Saldo anterior" (col. 2), menos el total de salidas de las salas (col. 9). Vale decir, para el renglón "total":

$$\text{col. 2} + \text{col. 5} - \text{col. 9} = \text{col. 10}$$

3.4.3 Si estos controles revelan alguna discrepancia, habrá que identificar el error y corregirlo.

3.5 Se verificará que el número de camas disponibles, menos el total de existencia a las 24 horas, es igual al número de camas desocupadas. De no ser así hay que controlar:

3.5.1 Si el número de pacientes es *inferior* al número de camas ocupadas, ésto señala un error que tendrá que corregirse.

3.5.2 Si el número de pacientes es *mayor* que el número de camas ocupadas y no hay dos pacientes ocupando una misma cama, ésto señala un error que tendrá que corregirse.

NOTA: No hay que olvidar que deberá contabilizarse como cama disponible, toda cama ocupada por un paciente hospitalizado que no cuenta con otra cama en el hospital. Ejemplos: La sala de obstetricia cuenta con 20 camas, más 3 camas de trabajo de parto (que no se consideran camas de hospital). Si hay 21 pacientes hospitalizadas y una de ellas está ocupando una cama de trabajo de parto, esta cama se contará como una cama disponible ese día. Si un paciente de Oftalmología ocupa una cama prestada de Otorrinolaringología, ese día el número de camas disponibles de Oftalmología aumentará en uno y el número de camas disponibles de Otorrinolaringología disminuirá en uno.

3.5.3 Si el número de pacientes es *mayor* que el número de camas ocupadas, porque dos o más pacientes están ocupando la misma cama, este hecho deberá señalarse al Director mediante una nota al pie del informe.

3.6 La persona que llenó el Informe lo firmará.

4. Archivo y conservación

La copia del Informe Diario del Director se archivará según fecha y podrá destruirse después de un mes.

Glosario con ampliación de algunos conceptos

Agrupación de dígitos

La separación de los dígitos de un número de historia clínica por medio de guiones (12-25-36) o de espacios (122/536) para facilitar su lectura y retención en la mente. (Cumple el mismo fin que la agrupación de dígitos de un número de teléfono.) Si se utiliza el método dígito terminal, los dígitos deben agruparse de acuerdo con las características de éste.

Alta

Todo paciente que se retire vivo del hospital. La razón del alta (orden del médico, retiro por propia voluntad, traslado a otro hospital, fuga, por medida disciplinaria, etc.) no modifica que se considere como un alta.

Análisis cualitativo

La revisión de la historia clínica con el fin de asegurar que ésta contiene datos suficientes para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final; que todas las opiniones están debidamente fundamentadas; que no existen discrepancias ni errores.

La responsabilidad de esta revisión recae sobre el médico tratante, el jefe de servicio y el Comité de Historias Clínicas.

Análisis cuantitativo

La revisión de la historia clínica para comprobar su integridad y asegurar que se ajusta a las normas establecidas por el Ministerio y el Comité de Historias Clínicas del hospital.

Es responsabilidad del personal de registros médicos realizar este análisis, tanto en las historias de pacientes egresados como en las de consulta externa.

Archivo activo

Lugar donde se conservan las historias clínicas en forma ordenada y rápidamente accesibles, durante el período que se consultan frecuentemente.

Archivo centralizado

Es aquel en que todas las partes de la historia clínica de un paciente están archivadas en un lugar. Se recomiendan los archivos centralizados porque: 1) permite lograr una historia clínica única con todas las ventajas que esto representa; 2) hay menos duplicación de esfuerzo en cuanto a la creación y mantenimiento de las historias; 3) los gastos globales del material, equipo y espacio son menores; 4) se logra mayor eficiencia por parte del personal de archivo.

Sin embargo, a veces problemas de distancia entre los distintos sectores del hospital o la falta de un local con espacio suficiente, obliga el uso de archivos descentralizados.

Archivos descentralizados

Archivos descentralizados resultan cuando las historias clínicas de uno o más servicios o las de hospitalización y de consulta externa se archivan en locales separados. Esto hace difícil reunir rápidamente toda la documentación relacionada con un paciente. Por consiguiente, se recomienda un archivo centralizado cuyas ventajas se señalan arriba.

Archivo pasivo

Lugar donde se conservan, en forma ordenada, las historias clínicas de pacientes que no han acudido al establecimiento durante un plazo determinado (por ejemplo, cinco años).

Archivo periférico

Archivo ubicado en un consultorio externo específico (por ejemplo, obstetricia, pediatría) donde se retienen las historias clínicas de pacientes durante el periodo que ellos están recibiendo su atención principal en el consultorio. En el archivo central existe un tarjetón de reemplazo que indica la ubicación de la historia clínica. Una vez finalizada la atención del paciente en el consultorio, la historia clínica se devuelve al archivo general central. Ya que el control de la historia clínica reside en el archivo central y la historia se devuelve a éste, el archivo periférico no es un archivo descentralizado.

Un archivo periférico se justifica en aquellos establecimientos donde los problemas de transporte de historias clínicas son tan grandes que se presentan largas demoras para entregar al consultorio las historias de pacientes que acuden en forma espontánea. Puede utilizarse también, en establecimientos que no cuentan con personal de archivo durante las 24 horas, siendo una manera de asegurar que la historia clínica de una parturienta esté disponible cuando ella se presenta a dar a luz.

Archivo por números consecutivos (método convencional)

Un método de archivar historias clínicas en una secuencia consecutiva según su numeración (por ejemplo, 328792, 328793, 328794, 328795, etc.).

La **ventaja** de este método de archivo numérico es la facilidad con que se aprende. Sus **desventajas** son: 1) al aumentar el número de dígitos en el número, aumenta la posibilidad de cometer errores de archivo (327893 se archiva en el lugar que le corresponde al 328793); 2) las historias más activas (los números más altos) se concentran en un extremo del archivo; 3) resulta difícil dividir el trabajo de archivo equitativamente entre el personal; 4) cuando se retiran las historias inactivas (los números más bajos) hay que correr todas las historias para asegurar que el espacio vacío queda al extremo del archivo donde se agregarán las historias nuevas.

Se recomienda que el uso de este método de archivo se limite a: 1) el archivo de formularios de urgencia; 2) aquellos establecimientos que tengan menos de cinco mil (5,000) historias; o 3) que tengan un mayor número de historias pero éstas se usan muy poco (algunos hospitales de crónicos).

Archivo por método dígito terminal

Un método de archivar historias clínicas según los últimos dos dígitos del número de historia.

Con el método dígito terminal, el archivo se divide en 100 secciones que corren del 00 al 99 y las historias se archivan en la sección que corresponde a los últimos dos dígitos del número. Por ejemplo, todas las historias que terminan en los dígitos 34 se archivarán en la sección 34; las que terminan en 68 en la sección 68, etc.

Las **ventajas** del método dígito terminal son: 1) al tener que considerar sólo dos o tres dígitos a la vez, se reducen los errores de archivo debidos a una transposición de números; 2) las historias que se agregan al archivo se distribuyen en forma pareja en las 100 secciones logrando que cada sección sea igualmente activa, eliminando las concentraciones de personal en un extremo del archivo; 3) a cada auxiliar de archivo se le puede asignar la responsabilidad de un número de secciones del archivo; si la distribución de secciones entre el personal es equitativo, el trabajo que cada uno tiene que realizar también lo será; 4) las historias inactivas se retiran de cada sección del archivo eliminando la necesidad de correr grandes números de historias clínicas; 5) el método se presta al uso de colores para controlar la exactitud del archivo. La principal **desventaja** del método dígito terminal es el trabajo físico requerido para hacer la conversión. Otra desventaja es que cuando se desea desarchivar un grupo de historias con numeración consecutiva, lo que no sucede con mucha frecuencia, hay que recorrer cada una de las secciones donde se encuentran las historias.

Método dígito terminal simple

Las historias clínicas se archivan en cada una de las 100 secciones según un orden consecutivo de los primeros dos o tres dígitos del número. Por ejemplo, la historia 237 34 se archiva en la sección 34 después de la historia 236 34 y antes de la historia 238 34.

El método dígito terminal simple se recomienda sólo para aquellos establecimientos donde el número de una historia clínica nunca contendrá más de cinco dígitos.

Método dígito terminal compuesto

Cada una de las 100 secciones del archivo se divide a su vez en 100 divisiones (00-99). Las 100 divisiones de la sección 34, por ejemplo, son: 00-34, 01-34, 02-34, . . . 98-34, 99-34. La historia número 12-02-34 se archiva en la división 02-34 después de la historia 11-02-34 y antes de la historia 13-02-34.

Cama de hospital

Es aquella instalada para el uso regular de los pacientes hospitalizados (que no sean recién nacidos en el hospital) durante su estadía en el establecimiento.

Se cuentan como cama de hospital: todas las camas de adultos y de niños (con o sin barandillas), las cunas de recién nacidos enfermos, las incubadoras, las camas de cuidados intensivos.

No deben contarse como camas de hospital aquellas que se usan sólo temporalmente con fines de diagnóstico o tratamiento (rayos X, fisioterapia, camas de trabajo de parto, camas de recuperación postoperatoria, camillas ubicadas en la sala de emergencia donde los pacientes esperan su atención definitiva), camas para acompañantes, camas en el depósito y camas para el personal.

Camas disponibles

El número de camas realmente instaladas en el hospital, en condiciones de uso inmediato para la atención de pacientes hospitalizados, independiente de que estén ocupadas o no.

El número de camas disponibles puede variar diariamente debido a:

- que se aumente el número de camas en la sala por aumento de la demanda, estados de emergencia, etc.
- que se retiren camas para reparación, desinfección, pintura del local, clausura temporal del servicio.

Carpeta familiar

Es aquella que contiene datos referentes a la familia en su conjunto y a la vivienda en que reside; dentro de esta carpeta se archivan las historias clínicas de todos los miembros de la familia que hayan sido atendidos en el establecimiento. El uso de la carpeta familiar facilita reunir las historias de los integrantes de la familia para visitas domiciliarias y en esos casos (raros) que el médico desea referirse a todas estas historias. El inconveniente que se presenta es la necesidad de movilizar varias historias cuando sólo un miembro consulta, hecho que aumenta la posibilidad de que una historia se extravíe o que la anotación se registre en una historia a la que no corresponde. Si todas las historias no se envían al consultorio, la carpeta familiar pierde gran parte de su razón de ser. (Ver también **numeración familiar** y **ficha familiar**.)

Carné de citas

Ver **tarjeta (carné) de identificación**.

Censo diario

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

Defunción

Es la desaparición permanente de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento vivo.

Destrucción selectiva

La destrucción, con fines de ahorrar espacio, de aquellos formularios de la historia que tengan menos trascendencia. El cuerpo médico establecerá: 1) qué formularios se conservarán "permanentemente" (usualmente estos incluyen la hoja de inscripción, hoja de ingreso y egreso, epicrisis, informe quirúrgico, hoja de partos, informe de anatomía patológica) y 2) después de qué plazo se destruirán los formularios restantes.

Dígito terminal

Ver **archivo por método dígito terminal**.

Documentos sueltos

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

Dotación normal de camas

Es el número de camas de hospital regularmente mantenido, durante periodos de operación normal, en áreas destinadas para el alojamiento y cuidado permanente de pacientes internados.

Egreso

Es el retiro de un paciente de los servicios de internación del hospital. Puede ser por alta o defunción.

Ficha familiar

Una tarjeta en la cual se consigna el número de la familia, datos referentes a la vivienda y a la familia en su conjunto, los nombres de los integrantes del núcleo familiar con sus correspondientes números de historia clínica, si las tienen. (Ver también **numeración familiar** y **carpeta familiar**.)

El propósito de la ficha familiar es poder reunir, cuando ésto sea necesario, las historias clínicas de todos los miembros de la familia que hayan recibido atención en el establecimiento.

Usualmente se justifica abrir una ficha familiar sólo cuando un miembro de la familia se inscribe en un programa de salud prioritario (tuberculosis, atención prenatal, etc.) y se considera importante para la realización de visitas domiciliarias y la atención de la familia en su conjunto.

Giro de camas

La relación entre el número de egresos en el periodo y el promedio de camas disponibles en el periodo. Se obtiene dividiendo el total de egresos (altas y defunciones) entre el promedio de camas disponibles.

Ejemplo: Durante el mes de agosto hubo 156 egresos y el promedio de camas disponibles fue de 25. El giro de camas, por lo tanto, es 6,2.

$$\frac{156}{25} = 6,24 \text{ ó } 6,2$$

Guías auxiliares

Tarjetas de cartulina gruesa con una pestaña y encabezamiento que dirige el ojo a la sección deseada en una gaveta del fichero o en un estante del archivo. La pestaña de la guía auxiliar identifica el material que se archivan detrás de ella.

Historia clínica

Puede definirse como la “expresión detallada y ordenada de todos los datos relativos a la salud de una persona”.

Historias duplicadas

Dos o más historias para un paciente dentro del establecimiento. Esto usualmente se debe a uno o más de los cuatro puntos siguientes: 1) falta de consultar el índice de pacientes; 2) deficiencias en el manejo del índice de pacientes; 3) falta de esmero en tomar y registrar, en la historia clínica y en la tarjeta índice, los datos de identificación del paciente; 4) datos falsos proporcionados por el paciente.

Al encontrar historias duplicadas, la información en ellas deberá integrarse.

Historia clínica orientada hacia los problemas del paciente

Una historia clínica cuyos datos están estructurados en función de los problemas del paciente en lugar de estar ordenados según la fuente de los datos (notas del médico, informes de laboratorio, notas de enfermería, etc.). La historia clínica orientada hacia los problemas, ideada y popularizada por el Dr. Lawrence Weed, es más que un cambio de formato de la historia clínica pues requiere una orientación filosófica específica acerca de la manera cómo la información médica se recolecta, analiza, registra y usa.

Los cuatro elementos de la historia clínica orientada hacia los problemas son: 1) **Los datos-base** (data base). Son los datos iniciales recolectados por medio de la anamnesis (que debe incluir un perfil médico y social del paciente); examen físico; exámenes de laboratorio, radiología, etc. Los datos base deben ser completos y uniformes. 2) **La lista de problemas**. Todos los problemas — médicos, sociales, psiquiátricos, etc. — identificados a raíz de los datos-base se registran en una lista dando un número a cada problema. Los problemas pueden expresarse como diagnósticos, síntomas, hallazgos fisiológicos, etc., apoyándose en los datos documentados. No se registran conjeturas diagnósticas ni impresiones. La lista de problemas se mantiene actualizada, agregando nuevos problemas cuando éstos se presentan, indicando cuando los problemas se han resuelto, combinando problemas cuando se puede establecer un diagnóstico que los abarca. La lista de problemas se coloca como primera hoja de la historia y sirve como un índice. 3) **Los planes**. Una vez identificados los problemas, deberá elaborarse un plan para cada uno de ellos que señala lo que se piensa realizar para aclarar el diagnóstico, iniciar medidas terapéuticas y educar al paciente. Cada plan está identificado con el número y título del problema. 4) **Notas de evolución**. Todas las notas de evolución narrativas están claramente identificadas con el número y título del problema a que se refieren. Estas notas de evolución son estructuradas y se dividen en cuatro secciones: datos subjetivos (lo que relata el paciente); datos objetivos; análisis, interpretación o impresión; y plan (cubre los mismos puntos que los planes iniciales). Las notas de evolución también pueden registrarse en hojas de seguimiento en las cuales se asientan en una columna matriz las variables de interés y en el cuerpo del formulario, la evolución de cada una de éstas.

El único formulario especial que se necesita para poner en marcha este sistema es un formulario para la lista de problemas.

Índice de diagnósticos y operaciones

Una lista ordenada por enfermedades, traumatismos y procedimientos que proporciona los números de las historias clínicas en las que puede encontrarse información sobre estas enfermedades, traumatismos y procedimientos.

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

El propósito principal del índice de diagnósticos y operaciones es facilitar a los investigadores

acceso a las historias clínicas correspondientes a las enfermedades o procedimientos requeridos para sus trabajos científicos.

Tratándose de hospitales de estancia corta, se asientan en el índice los diagnósticos de egreso. En hospitales de crónicos, se debe asentar el diagnóstico definitivo una vez que éste se haya establecido sin esperar el egreso del paciente. Esto permite realizar investigaciones sobre pacientes hospitalizados.

No se recomienda la incorporación, en forma rutinaria, de diagnósticos de consulta externa. Sin embargo, se reconoce que algunas especialidades hospitalizan sólo una pequeña parte de los pacientes que atienden y, por lo tanto, resultaría difícil realizar investigaciones sobre diagnósticos propios de la especialidad. En estos casos, si los médicos lo desean y están dispuestos a colaborar señalando los diagnósticos que deberían codificarse, se pueden incorporar diagnósticos de consulta externa al índice, señalando en la tarjeta que se trata de un caso de consulta externa. (Para investigaciones que abarcan un período reducido, puede consultarse el Informe Diario de Consulta Externa.)

Los datos imprescindibles para el índice de diagnósticos son el código del diagnóstico u operación y el número de la historia clínica. Pueden agregarse a éstos, otros datos con el fin de reducir el número de historias que habría que consultar o para contestar preguntas sencillas. Ya que todo egreso se incorpora al índice de diagnósticos pero las consultas son, en comparación, pocas, debe limitarse el registro de datos adicionales a aquellos que la experiencia ha demostrado ser de utilidad.

Índice de diagnósticos cruzado

Un índice en el cual se registran, en la tarjeta o listado de una enfermedad, todos los diagnósticos concomitantes. Por ejemplo, si un paciente tiene diabetes, arteriosclerosis y neumonía, en la tarjeta de diabetes se anotan los códigos de arteriosclerosis y neumonía, en la tarjeta de arteriosclerosis se anotan los códigos de diabetes y neumonía y en la tarjeta de neumonía se anotan los códigos de diabetes y arteriosclerosis. Cuando el índice se lleva en forma manual, esto representa un esfuerzo considerable y no se recomienda.

Índice de pacientes

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

Cada paciente que figura en este índice debe contar con solo una tarjeta (salvo que se trate de tarjetas de referencia si hubo un cambio de nombre). El índice de pacientes es único (no se divide según sexo ni según año) y perpetuo.

Ingreso

Es la aceptación formal de un paciente por el hospital para su atención médica; un ingreso siempre implica la ocupación de una cama y la mantención de una historia clínica para el paciente, durante el periodo que dure su internamiento.

Microfilmación

La reducción y reproducción de documentos por medio de fotografías.

Las **ventajas** de la microfilmación son: ofrece un importante ahorro de espacio; la historia resulta más accesible, por lo menos para el personal de registros médicos; se conserva la integridad del registro —una vez que la historia haya sido filmada cada documento permanece en el mismo lugar y no se puede extraviar o archivar mal; elimina el problema del deterioro del papel por alta humedad, alta temperatura e insectos (el microfilme también necesita un ambiente controlado — humedad entre 30 – 60% y una temperatura de 20° C.)

Las **desventajas** del microfilme son: requiere equipo especial para filmar la historia y leer la película; requiere tiempo para preparar las historias (hay que sacar todas las hojas en blanco y aquellos formularios que se ha decidido no filmar; verificar que todas las hojas corresponden a la historia y que están en la secuencia establecida; sacar todas las grapas y despegar informes de laboratorio para separar los formularios a fin de filmarlos individualmente); preparar una hoja de señal que separa una historia de otra; los médicos y otros usuarios pueden encontrar la historia filmada más difícil para usar.

Las historias clínicas microfilmadas pueden conservarse en rollos o en forma de tarjetas. Las ventajas de los rollos son: resulta más económico, el ahorro de espacio es mayor, y es imposible extraviar una historia individual; sin embargo, los rollos no se prestan a historias clínicas únicas y es más difícil localizar una historia individual. Las ventajas de las tarjetas son: se adapta a la filmación de historias clínicas únicas y su uso es más cómodo pues no hay que recorrer otras historias para llegar a la que se desea. Sus desventajas son: resulta más costoso, ocupan más espacio y es fácil extraviar una historia.

Cuando se piensa microfilmear historias clínicas con el fin de mantenerlas disponibles en un espacio reducido, debe realizarse un cuidadoso estudio de los costos que esto representa y de la aceptabilidad de la historia clínica microfilmada para los usuarios.

Numeración de historias clínicas

La identificación de historias clínicas mediante un número.

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

Numeración correlativa

Este método de numeración consiste en asignarle al paciente un nuevo número cada vez que acude al establecimiento. El paciente tendrá tantas historias como veces que haya sido atendido y cada historia se encontrará archivada bajo un número diferente.

Este método suele usarse para la numeración de formularios de urgencia y, en hospitales pequeños sin consultorio externo y con un bajo porcentaje de reingresos, podría usarse para la numeración de historias clínicas.

Numeración familiar

Consiste en asignar al paciente un número basado en un número que identifique a la familia. Es necesario agregarle al número de familia un prefijo o sufijo para identificar la historia individual de cada integrante de la familia.

Este método de numeración suele utilizarse en aquellos centros que tienen programas de atención a familias pues todas las historias clínicas de una familia se encuentran archivadas juntas, a veces dentro de un mismo legajo (**carpeta familiar**).

Existen, sin embargo, algunos problemas con este método de numeración: 1) si el paciente deja una familia para integrarse en otra, hay que cambiar su número de historia clínica; 2) los recursos del establecimiento usualmente permiten que sólo una pequeña proporción de sus pacientes reciba una atención familiar y, por lo tanto, una numeración familiar obliga un trabajo extra si se aplica universalmente, o un cambio de números si el miembro de la familia que se presenta primero al establecimiento no es el que se inscribe en un programa de salud prioritario.

La numeración de historias clínicas en instituciones del seguro social muchas veces es de carácter familiar en que las historias clínicas de los beneficiarios se identifican con el número

de afiliación del asegurado al que se le agrega un prefijo o un sufijo. Para estas instituciones el uso del número de afiliación tiene varias **ventajas**: 1) facilita el traslado al archivo pasivo de las historias clínicas de los individuos que han perdido su derecho de recibir atención médica; 2) elimina los gastos de mantener otra serie de números; 3) reduce el número de veces que hay que consultar el índice de pacientes pues el paciente tiene que presentar identificación para poder ser atendido; 4) puede facilitar estudios actuariales. El uso del número de afiliación del asegurado para todos los derechohabientes presenta los siguientes **inconvenientes** para el Departamento de Registros Médicos: 1) cuando el paciente cambia de condición de afiliado a ser beneficiario de otro afiliado (el caso de una trabajadora casada, por ejemplo) y viceversa, es necesario cambiar el número de la historia clínica; 2) no es posible numerar carpetas y otra papelería anticipadamente; 3) el número no dará una indicación de la antigüedad de la historia clínica; 4) al aumentar el número de dígitos (algunos números de afiliación tienen 9 dígitos, aumenta el tiempo requerido para registrarlo y la posibilidad de transponer dígitos.

Numeración única

Este método de numeración consiste en asignar al paciente un número permanente de historia la primera vez que acude al establecimiento. Por lo general, este número es el próximo número sin usar de una serie de números controlados por el Departamento de Registros Médicos del Hospital. Sin embargo, en algunos establecimientos se usan números asignados fuera de él para identificar las historias clínicas, por ejemplo, número de afiliación de seguro social, número de identificación de las fuerzas armadas.

Porcentaje de ocupación

La relación entre los días-paciente y los días-cama durante el periodo. Se obtiene dividiendo el total de días-paciente $\times 100$ entre el total de días-cama disponibles.

Ejemplo: Durante el mes de agosto hubo un total de 643 días paciente y 780 días-cama. El porcentaje de ocupación es 82,4 por ciento.

$$\frac{643 \times 100}{780} = 82,43 \text{ ó } 82,4 \%$$

Promedio de camas disponibles

El número promedio de camas disponibles cada día del periodo. Se obtiene dividiendo los días-cama disponibles en el mes entre el número de días del mes.

Ejemplo: Si para el mes de agosto hubo un total de 780 días-cama disponibles, el promedio de camas disponibles es 25.

$$\frac{780}{31} = 25,2 \text{ ó } 25 \text{ (Se redondea al entero por tratarse de camas)}$$

Promedio de estancia (promedio de días de permanencia)

El número promedio de días de atención prestada a cada paciente egresado durante el periodo. Se obtiene dividiendo el total de estancias de pacientes egresados entre el total de egresos (altas y defunciones).

Ejemplo: Durante el mes de agosto hubo 643 estancias de pacientes egresados y hubo 146 altas y 10 defunciones. El promedio de estancia es 4,1 días.

$$\frac{643}{146 + 10} = \frac{643}{156} = 4,12 \text{ ó } 4,1$$

NOTA: En los hospitales de corta estancia, al calcular el promedio de estancia, el resultado variará poco si se utiliza el total de estancias de los pacientes egresados o el total de días-

paciente calculados en base al censo. Hospitales de larga estancia, para evitar distorsiones, tienen que usar el total de estancias de pacientes egresados para calcular este promedio.

Registro de citas

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

Registro de defunciones

Un listado cronológico de todos los pacientes que fallecieron en el hospital o que fueron declarados muertos en el mismo por un médico del hospital. Es una fuente accesible de datos sobre defunciones y puede servir como mecanismo para controlar la entrega de cadáveres.

Registro (libro) de emergencias

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

Registro de ingresos y el registro de egresos

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

Registro de números

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

Registro de operaciones

Un listado cronológico de las intervenciones quirúrgicas realizadas en el hospital. Sirve como fuente de datos acerca de las operaciones quirúrgicas realizadas.

Registro de partos

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

Registros secundarios

Registros que facilitan el acceso a la historia clínica y a la información contenida en ella. Por ejemplo, índice de pacientes, índice de diagnósticos, registro de números, registro de partos.

Tarjeta (carné) de identificación

Tarjeta que contiene el nombre del paciente y su número de historia clínica. Suele usarse igualmente para asentar las fechas de las citas que se otorgan al paciente, en ese caso llevará el título de carné de citas.

Esta tarjeta se entrega al paciente para agilizar las futuras prestaciones de atención que él recibe.

Tarjetón de reemplazo

Señal que se coloca en el lugar de la historia clínica para indicar que ésta se ha retirado para enviarla a otra parte. El tarjetón no sólo indica la fecha y el destino de la historia que salió del archivo, sino agiliza el trabajo de archivo cuando la historia vuelve.

El diseño del tarjetón de reemplazo puede variar, pero conviene que sea de un material resistente, de color distinto al de las carpetas y que sus dimensiones sean tales que sobresalga de las carpetas.

Tasa de mortalidad

La relación entre el número de defunciones en el mes y el total de egresos, expresada como un porcentaje. Se obtiene dividiendo el número total de defunciones entre el total de egresos.

Ejemplo: Durante el mes de agosto hubo 156 egresos de los cuales 10 eran defunciones. La tasa de mortalidad es 6,4 por ciento.

$$\frac{10 \times 100}{156} = 6,41 \text{ ó } 6,4 \%$$

NOTA: Algunos establecimientos calculan una tasa de mortalidad basada en las defunciones que se producen 48 horas y más después del ingreso del paciente al hospital. Los que promueven el cálculo de esta tasa consideran que las defunciones que se producen antes de las 48 horas representan casos que llegaron moribundos y no corresponde cargarlos al hospital. Sin embargo, esto no es necesariamente cierto y no es congruente con el concepto que el hospital es un componente integral del sistema de salud de la comunidad en que se encuentra.

Traslado o Pase

Es la transferencia de un paciente de un servicio o sala a otro servicio o sala dentro del establecimiento. Esto constituye un movimiento interno y no debe contarse como ingreso o alta del hospital.

NOTA DE TRANSMISION No.: 1

1. Adjunto se encuentra el *Manual de Normas y Procedimientos para el Departamento de Registros Médicos*.
2. Las Notas de Transmisión (de las cuales esta es la primera) comunicarán los cambios que deberán realizarse para mantener el manual actualizado. Estas notas podrán indicar que se:
 - retire una o más páginas del manual;
 - agregue nuevo material;
 - haga algún cambio en una de las páginas.
3. En cuanto se reciba una Nota de Transmisión:
 - 3.1 se cumplirán cuidadosamente las instrucciones contenidas en ella;
 - 3.2 la persona que realizó los cambios anotará su nombre y la fecha en que éstos se ejecutaron en el formulario “Control de Notas de Transmisión”;
 - 3.3 se archivará la Nota de Transmisión en la sección correspondiente del manual
4. Si al anotar el recibo de una Nota de Transmisión se observa que falta un número anterior, la Nota faltante deberá reclamarse inmediatamente a la _____ .
5. Se controlará el estado de actualización del *Manual de Normas y Procedimientos* en las visitas de supervisión.

Instrucciones:

1. Archive el Manual adjunto en una carpeta que permite mantenerlo actualizado fácilmente.
2. Anote la fecha de cumplimiento y el nombre de la persona responsable en la hoja “Control de Notas de Transmisión”.
3. Archive la Nota de Transmisión.

PXT 19
ISBN 9275 71029 5
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

