

GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Psic. NORMAN BERRÍOS SILVA

CPP N° 09847

OBJETIVOS

1. Lograr que los participantes cuenten con instrumentos prácticos para el tratamiento técnico de las historias clínicas.
2. Conocer la normatividad básica, sobre las historias clínicas como documento de archivo, Patrimonio Cultural de la Nación y registro médico,
3. Fomentar la responsabilidad de la conservación de las Historias Clínicas como Patrimonio Documental de la Nación.

¿Qué es un documento?



*Etimológicamente está relacionado con el verbo en latín "DOCERE" que significa "enseñar" o "pequeña enseñanza", Vicenta Cortés nos remonta al griego "doxein" que es "parecer", "ser opinión de alguien". **En un sentido genérico abarca todo lo que puede transmitir el conocimiento humano.***

AMPLITUD DEL CONCEPTO DE DOCUMENTO

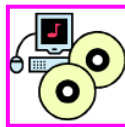
El documento tratado por profesiones:

- *Documentólogo.- Todo objeto físico que contiene información para una determinada materia.*
- *Museólogo.- Objeto que puede exhibirse que lleva información.*
- *Historiador.- Testimonio del pasado humano.*
- *Bibliotecología.- mensaje cultural que se edita. Destinado a muchos usuarios*
- *Juristas.- Texto con validez legal para probar un hecho o disponer algo*
- *Diplomatistas.- Escrito en papel asunto jurídico (instrumento de prueba).*
- *Archivística.- Texto que surge de tramitación.*



ES DOCUMENTO LO QUE SE GRABA O FIJA EN UN SOPORTE

¿QUÉ ES EL DOCUMENTO DE ARCHIVO?



“Información contenida en cualquier **soporte y tipo documental**, producida, recibida y conservada por cualquier organización o persona en el ejercicio de sus competencias o en el desarrollo de su actividad” (CIA - 2000)

5

PARTES DEL DOCUMENTO

EL ARCHIVO ES
LA MEMORIA
DE LA
HUMANIDAD

SOPORTE: Es la parte material o física (arcilla, madera, pergamino, lienzo, papel, película, disco, etc.)

MEDIO: Es el vehículo de la información, utilizado para fijar el contenido en el soporte (escritura, gráficos, colores, símbolos, etc.)

CONTENIDO: Es la información el mensaje que se trasmite (pago de impuestos, proyectos.)

¿Qué es el Tipo documental?

La forma como se distribuye el contenido del documento, permite establecer un diagrama de él, un formato, al que denominamos tipo documental. Así tenemos por ejemplo, cuando se quiere proporcionar datos, valoraciones, emitir juicios u opiniones se realizará mediante el tipo documental denominado informe; el documento que asegura y acredita actos o situaciones de carácter administrativo, es un tipo documental denominado certificado.

Historia
Clínica



Comprobante
de Pago



Hipoteca



¿Cuáles son las características de un Documento de Archivo?



GENESIS U ORIGEN.- Nace dentro del proceso natural de las actividades llevadas a cabo por personas físicas o jurídicas, “se produce espontáneamente como testimonio material de las funciones que lleva a cabo un productor”

CARÁCTER SERIADO.- Para el cumplimiento de las actividades administrativas de una oficina se generan documentos antes, durante y posterior a los hechos, todos aquellos que resultan de una misma función, están unidos por ella desde el momento en que se generan, no pueden existir en forma aislada o sueltos, siempre están agrupados y por su producción secuencial, se denomina a esta agrupación, **SERIE DOCUMENTAL.**



CARÁCTER UNICO.- Al ser creado como soporte material del acto administrativo, prueba o testimonio del mismo, contiene elementos de validación necesaria, como la firma sellos y el contenido con relación a la función del sujeto productor. El documento de archivo no puede repetirse, es fuente de información primaria.

Diferencias entre un documento de Archivo y un documento Bibliográfico

Documento de Archivo

- Unico - Fuente primaria de información.
- Forman Series
- Se generan en forma espontánea como testimonio del cumplimiento de obligaciones.










Documento Bibliográfico (Libros)

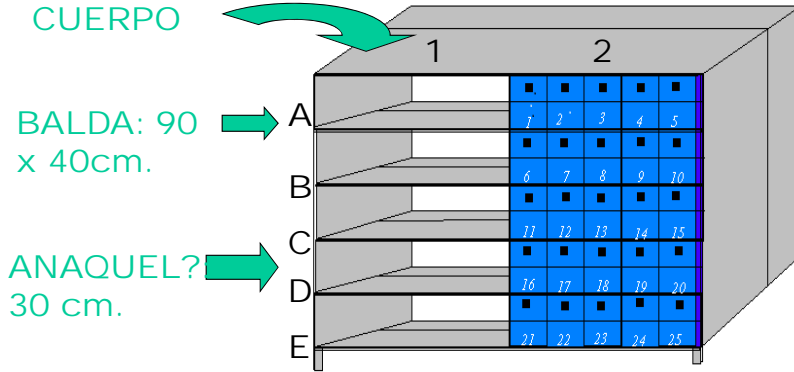
- Se reproduce en grandes cantidades - Fuente Secundaria de información.
- Forman Colecciones
- Son producidos intencionalmente por un autor para su difusión.



LAS UNIDADES DE ARCHIVAMIENTO-CONSERVACIÓN -

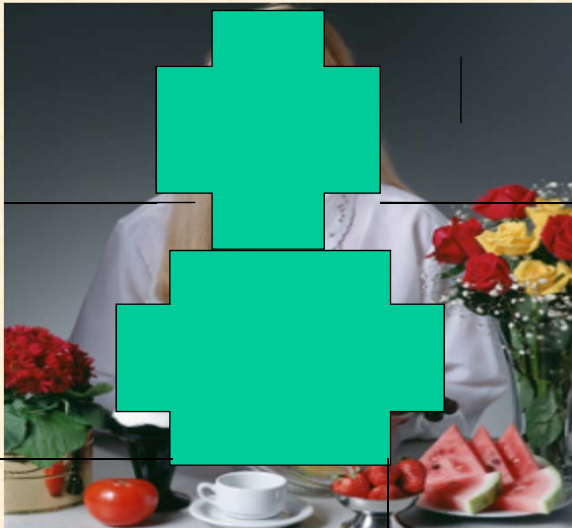
-  Carpeta o fólder
-  Sobre
-  Volumen (empastado)
-  Legajo
-  Paquete
-  Caja
-  CD, DVD, USB...

EL ESTANTE



11

¿COMO SE LLAMA CADA UNA DE LAS PARTES QUE FALTAN EN ESTE ROMPECABEZAS?



LA UNIDAD DEL DOCUMENTO ES SU INTEGRIDAD



¿Qué es la pieza o unidad documental?

Es la **unidad menor indivisible de una serie documental**, que puede ser simple o compuesta.

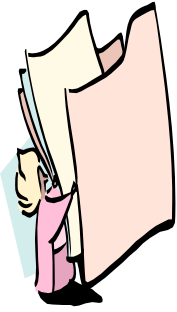
SIMPLE.- Formado por un tipo documental cuyo contenido mantiene una unidad de información: El oficio, la carta, el informe, la solicitud, el memorando, recibo, etc.



COMPUESTA.- Formado por dos o más tipos documentales **que se sustentan**, cuyo contenido mantienen una unidad de información: El legajo de personal, el expediente, la historia clínica, etc.



El expediente



- Se forma mediante la agregación sucesiva de diferentes tipos documentales.
- Los documentos se deben **ordenar** y **foliar** siguiendo la cronología de los hechos

ARCHIVO

Conjunto orgánico de documentos producidos y/o recibidos en el ejercicio de sus funciones por las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas de cualquier época y en cualquier soporte, incluidos los informáticos.



El Sistema Institucional de Archivos (SIA)

Archivo Central

- ▣ Es la unidad responsable de los documentos cuya consulta es esporádica por parte de las unidades administrativas de las instituciones y que permanecen mientras culmina su vigencia y se determine su destino final (eliminación o transferencia a un archivo histórico).



Archivo Periférico

- **SE CONSTITUYEN POR RAZONES PRÁCTICAS DE CONSERVACIÓN Y USO DE LOS DOCUMENTOS, ASÍ TENEMOS:**
- **COMPLEJIDAD DE FUNCIONES:** Cuando las unidades orgánicas cumplen funciones amplias y complejas
- **UBICACIÓN GEOGRÁFICA:** Cuando las unidades orgánicas se encuentran distantes de la sede central. Funcionan como si fuera un archivo central
- **NIVEL DE ESPECIALIZACIÓN:** Cuando las unidades administrativas cumplen funciones especializadas y producen series documentales especiales

Archivo de Gestión

- ▣ Es el archivo de la oficina o de la unidad productora de los documentos. Se forma mediante la acumulación cotidiana y organizada de los documentos.
- ▣ Los documentos de este archivo permanecerán en él mientras se encuentren sin finalizar su trámite.



SISTEMA NACIONAL DE ARCHIVOS



21

LEY 25323 SISTEMA NACIONAL DE ARCHIVOS

- Artículo 1°. - Créase el “Sistema Nacional de Archivos” con la finalidad de integrar estructural, normativa y funcionalmente los archivos de las entidades públicas existentes en el ámbito nacional mediante la aplicación de principios, normas, técnicas y métodos de archivos, garantizando con ello la defensa, conservación, organización y servicio del “Patrimonio Documental de la Nación”

LEY 25323

SISTEMA NACIONAL DE ARCHIVOS

- Artículo 2°. - Son funciones del Sistema Nacional de Archivos, los siguientes:
 - Proteger y defender el “Patrimonio Documental de la Nación”.
 - Contribuir a la eficiente gestión pública y privada en apoyo al desarrollo nacional.
 - Cautelar y difundir los valores de la identidad nacional.

LEY 25323

SISTEMA NACIONAL DE ARCHIVOS

- Artículo 2°. - Son funciones del Sistema Nacional de Archivos, los siguientes:
 - Fomentar la investigación científica y tecnológica a través del servicio de los fondos documentales y,
 - Asegurar la uniformidad y eficiencia de los procesos técnicos archivísticos en la República.

REGLAMENTO DE LA LEY 25323

SISTEMA NACIONAL DE

ARCHIVOS

- CAPÍTULO I
- GENERALIDADES
- Artículo 2º.- Entiéndase por archivos públicos los pertenecientes a las Entidades del Estado, cualquiera fuere su naturaleza, régimen legal y dependencia, sean regionales o locales y archivos notariales.

REGLAMENTO DE LA LEY 25323

SISTEMA NACIONAL DE

ARCHIVOS

- CAPÍTULO I
- GENERALIDADES
- Artículo 3º.- Documento público es el otorgado o extendido por instituciones o personas en el ejercicio de una actividad o función pública con el que se afirma, prueba o justifica algún hecho y que sirven para la defensa de los derechos.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE ARCHIVOS

- Archivo General de la Nación, órgano rector y central.
- Archivos Regionales, velan por el Patrimonio Documental de la Nación en sus respectivas regiones.
- Archivos Públicos, conformados por los archivos de todas las instituciones del Sector Público incluidos los archivos notariales.

27



FUNCIONES



- 1. PROTEGER DEFENDER EL PATRIMONIO DOCUMENTAL**
2. Contribuir a la eficiente Gestión en apoyo al desarrollo nacional.
- 3. Cautelar y difundir los valores de identidad nacional**
4. Asegurar la uniformidad y eficiencia de procesos técnicos archivísticos
- 5. Fomentar la investigación científica y tecnológica a través de los fondos.**

28

¿COMO Y PARA QUE SE INTEGRAN LOS ARCHIVOS?

■ *Se integran estructural, normativa y funcionalmente: El AGN es el órgano rector, su jefe es la máxima autoridad del SNA.*

■ *Se integran para garantizar la defensa, conservación, organización y **servicio del PDN.***



29

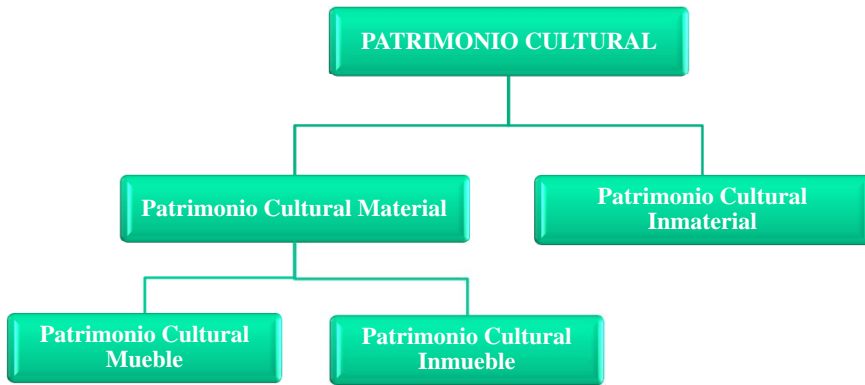
EL PDN EN EL MARCO DE LA LEY 28296



- POR PRESUNCIÓN FORMA PARTE DEL PCN SI NO ES CALIFICADO COMO TAL .
- ES CONSIDERADO COMO UN BIEN MUEBLE
- LOS ARCHIVOS ECLESIASTICOS SON CONSIDERADOS COMO PRIVADOS.
- SE ENCARGA AL AGN EL REGISTRO DE DOCUMENTOS.
- SE COMPROMETE A LAS MUNICIPALIDADES DESDE EL REGISTRO HASTA SU CONSERVACIÓN

30

Clasificación del patrimonio cultural



31

ORGANISMOS COMPETENTES (LEY 28296)

- Ministerio de Cultura, para el patrimonio arqueológico, histórico e inmaterial.
- La Biblioteca Nacional del Perú, para el patrimonio cultural bibliográfico;
- El Archivo General de la Nación, para el patrimonio cultural archivístico.
- El patrimonio natural está a cargo del Instituto Nacional de Recursos Naturales (INRENA).

32

IMPORTANCIA SOCIAL

Nos permite ayudar a forjar una identidad como nación, quienes somos y de donde venimos, logrando así un mejor desarrollo social.



LA HISTORIA CLÍNICAS PATRIMONIO CULTURAL DE LA NACIÓN



EL PATRIMONIO CULTURAL ARCHIVÍSTICO

Los yacimientos y restos arqueológicos, construcciones, monumentos, lugares, documentos bibliográficos y de archivo, ... objetos artísticos y testimonios de valor histórico, expresamente declarados bienes culturales, y provisionalmente los que se presumen como tales, son patrimonio cultural de la Nación, independientemente de su condición de propiedad privada o pública. Están protegidas por el Estado... (Art. 21° Constitución Política del Perú 1993)

35

EL PATRIMONIO CULTURAL ARCHIVÍSTICO

Es el conjunto de documentos de cualquier época manifestada en todas sus expresiones, en lenguaje natural y cualquier expresión gráfica, sonora o en imagen recogidas en soporte convencional o informático, generados y/o recibidos en cumplimiento de las competencias y actividades de las entidades públicas o privadas del ámbito nacional. (Art. 69° D.S. N° 011-2006-ED)

36

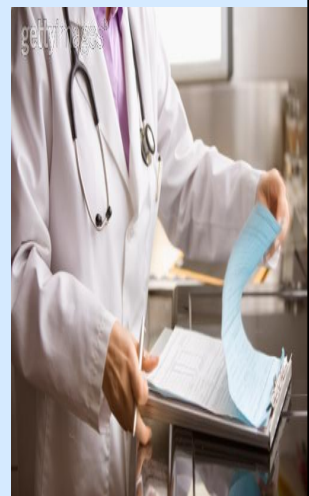
PATRIMONIO DOCUMENTAL ARCHIVÍSTICO

- Documentación existente en los archivos de los organismos del Sector Público y Privado Nacional.
- Cartas privadas, previa evaluación integral el patrimonio documental luego de 100 años.



¿ES LA HISTORIA CLÍNICA PATRIMONIO CULTURAL DE LA NACIÓN?

*Art 21° de la Constitución Política del Perú: ... documentos bibliográficos y de archivo, objetos artísticos y testimonios de valor histórico, espresamente **declarados bienes culturales**, y **provisionalmente los que se presumen como tales, son patrimonio cultural de la Nación, independientemente de su condición de propiedad privada o pública. Están protegidos por el Estado.***



¿ES LA HISTORIA CLÍNICA PATRIMONIO DOCUMENTAL DE LA NACIÓN?



El PDN es el conjunto de documentos de valor permanente y forma parte del Patrimonio Cultural de la Nación, conservados en los archivos públicos y privados del ámbito nacional que sirven como fuente de información para la investigación en los aspectos históricos, sociales, económicos, políticos y legales (Art 4° D.S. N° 008-92-JUS).

¿ES LA HISTORIA CLÍNICA PATRIMONIO DOCUMENTAL DE LA NACIÓN?

El Art 2° del D. Ley 19414: El PDN está constituido por toda la documentación existente en los archivos públicos, en los archivos históricos, notariales eclesiásticos, parroquiales y de conventos; en los archivos particulares y, en general, por el material documental aún de origen privado, que sirve como fuente de información para estudios históricos y del desarrollo cultural, social, económico, jurídico o religioso de la Nación.

¿CÓMO PROTEGE EL ESTADO EL PATRIMONIO CULTURAL DE LA NACION?

Art. 28° D.L. N° 276: Son faltas de carácter disciplinario que, según su gravedad, pueden ser sancionados con cese temporal o con destitución, previo proceso administrativo:

i) El causar intencionalmente daños materiales en los locales, instalaciones, obras, maquinarias, instrumentos, documentación y demás bienes de propiedad de la entidad en posesión de ésta ...

¿CÓMO PROTEGE EL ESTADO EL PATRIMONIO CULTURAL DE LA NACION?

CODIGO PENAL, D. Legislativo N° 635:

Art. 226°.- Por depredación, de 2 a 6 años.

Art. 228.- Por extracción del país, de 3 a 8 años.

Art. 230°.- Por destrucción, alteración o extracción del país, de 2 a 5 años.

Art. 427°.- El que hace un documento falso o dultera uno verdadero que da origen a derecho u obligación, de 2 a 10 años.

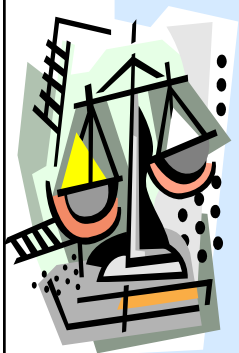
Art. 431°.- Expedición de certificado médico falso para internarse en hospital de enfermos mentales, de 3 a 6 años.

¿CÓMO PROTEGE EL ESTADO EL PATRIMONIO CULTURAL DE LA NACION?

Art. 157°.- El que indebidamente, organiza, proporciona o emplea cualquier archivo que tenga datos referentes a las convicciones políticas o religiosas y otros aspectos de la vida íntima de una o más personas, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años.

Si el agente es funcionario o servidor público y comete el delito en ejercicio del cargo, la pena será no menor de tres ni mayor de seis e inhabilitación conforme al artículo 36, inc 1,2 y 4.

¿ES LA HISTORIA CLÍNICA UN DOCUMENTO PÚBLICO O PRIVADO?



D.S. N° 008-92-JUS, Reglamento de la Ley 25323 que crea el SNA.- Art. 2°: Entiéndase por archivos públicos los pertenecientes a las entidades del Estado...

Art. 3°: Documento público es el otorgado o extendido por instituciones o personas en el ejercicio de una actividad o función pública con el que se afirma, prueba o justifica algún hecho y que sirven para la defensa de los derechos.

¿ES LA HISTORIA CLÍNICA UN DOCUMENTO PÚBLICO O PRIVADO?



CÓDIGO PROCESAL CIVIL D. LEGISLATIVO N° 768: Art. 235°.- Es documento público:

- 1. El otorgado por funcionario público en ejercicio de sus atribuciones; y*
- 2. La escritura pública y demás documentos otorgados ante o por notario público, según la ley de la materia.*

La copia del documento público tiene el mismo valor que el original, si está certificada por auxiliar jurisdiccional respectivo, notario público o fedatario, según corresponda.

¿ES LA HISTORIA CLÍNICA UN DOCUMENTO PÚBLICO O PRIVADO?



CÓDIGO PROCESAL CIVIL, DECRETO LEGISLATIVO N° 768: Art. 236°.- Documento privado:

Es el que no tiene las características del documento público. La legalización o certificación de un documento privado no lo convierte en público.

ARCHIVO DE HISTORIA CLINICA

ES EL LUGAR DONDE SE CONSERVAN LAS HISTORIAS CLINICAS EN FORMA ORDENADA Y ACCESIBLE.

ASPECTOS A CONSIDERAR EN ESTE ARCHIVO:

1.- NUMERACIÓN: Es la asignación de un número permanente de historia a un paciente, la primera vez que este acude a la institución. Es continua y correlativa, en un centro pequeño con 5 dígitos y en un centro grande con 6 dígitos. Antes de aperturar uno nuevo debe consultarse con el índice. Cuando se consigna más de un número a un mismo paciente se conserva el primero se anulan los demás. Se entrega a cada paciente un carné de citas con su nombre y número de H.C..-



ARCHIVO DE HISTORIA CLINICA

ASPECTOS A CONSIDERAR EN ESTE ARCHIVO:

2.- ORDENAMIENTO.- Debe estar ordenada para facilitar el manejo y utilización de la información

Se debe mantener listas de los formularios en uso y el orden que deben llevar dentro de la H.C.

3.- UNIFORMIDAD DE LA CARPETA.- Los documentos de la H.C. deben ser conservados en una carpeta que lo mantenga como unidad. Debe ser tamaño carta o A4 con acofastener lateral.

IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONARIOS.-

Es necesario identificar al personal que registra datos de la H.C.



¿Qué es la Historia Clínica?

- **Concepto gramatical:** Es la narración ordenada de acontecimientos pasados y cosas memorables o también la narración, exposición ordenada de sucesos, hechos y manifestaciones de la actividad humana



¿Qué es la Historia Clínica?



- **Concepto Médico:**
- Es el relato escrito o verbal de la enfermedad del paciente y, por extensión, el documento en que aquel relato recoge o refleja y se guarda o conserva

¿Qué es la Historia Clínica?

- **Concepto Jurídico:**

Conjunto de información relativa que cada paciente otorga o el médico obtiene en virtud de una relación asistencial con la finalidad de prestar servicios que logren mejorar la salud de las persona. En esta relación se configura un conjunto de derechos y obligaciones



La Historia Clínica y la Ley General de Salud 26842

- **Artículo 29o.-** El acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado.
- La información mínima que debe contener la historia clínica se rige por el reglamento de la presente ley.
- El médico y el cirujano-dentista quedan obligados a proporcionar copia de la historia clínica al paciente en caso que éste o su representante lo solicite. El interesado asume el costo que supone el pedido.

Código de Ética y Deontología – CMP Octubre 2007

- **Art. 92°** *La historia clínica es el documento médico con valor legal en el que se registra el acto médico. Debe ser veraz y completa. El médico debe ser cuidadoso en su elaboración y uso, y no incluir apreciaciones o juicios de valor o información ajenos a su propósito.*
- **Art. 93°** *El médico no debe modificar o adulterar el contenido de la historia clínica, o de cualquier otro documento clínico relacionado con la atención del paciente, sea para perjudicarlo o para obtener algún beneficio indebido para éste, para sí o para terceras personas.*

Código de Ética y Deontología – CMP Octubre 2007

- **Art. 94°** *El médico no debe utilizar la información contenida en una historia clínica elaborada por otro médico sin la autorización debida, para fines ajenos a la atención del paciente.*
- **Art. 95°** *El médico debe mantener el anonimato del paciente cuando la información contenida en la historia clínica sea utilizada para fines de investigación o docencia*

LA HISTORIA CLINICA

CONCEPTOS: Reseña ordenada, circunstancial y detallada de todos los datos y conocimientos personales, familiares y semiológicos, anteriores y actuales, referidos a un enfermo, que permiten emitir un diagnóstico exacto de la enfermedad actual. (Diccionario de Ciencias Médicas Dorland)

Conjunto de los formularios en los cuales se registran en forma detallada y ordenada todos los datos relativos a la salud de una persona. (Definición operativa OPS)

NORMAS BASICAS:

- ✓ *Será única*
- ✓ *Son propiedad del hospital y se archivan en él.*
- ✓ *El acceso es restringido al personal médico, de servicio técnico de apoyo.*
- ✓ *Protegidas contra la inspección por personas no autorizadas.*



N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.03 DEFINICIÓN DE HISTORIA CLINICA

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

A screenshot of a medical software interface titled 'Solicitud Directa'. The interface is divided into two main sections for patient data entry. The top section, 'Datos del Paciente', includes fields for 'Historia Clínica' (399999), 'Nombre' (FRANK), and 'Primer Apellido' (RODRIGUEZ). The bottom section, 'Solicitada por', includes fields for 'Código' (0004), 'Nombre' (TERESITA), and 'Primer Apellido' (PEREZ). There are also fields for 'Segundo Apellido' (RODRIGUEZ) and 'Segundo Apellido' (ALONSO). A 'Localización en Archivo' field shows 'A-3AREDO' and a 'Fecha' field shows '14/02/20'. At the bottom, there are three icons: 'Inicio', 'Cancelar', and 'Salir'.

N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.03

Estructura Básica de la H.C.

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.- datos del paciente, N° de H.C. datos del establecimiento de salud
2. REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE SALUD.- que se brinda al paciente.
3. INFORMACION COMPLEMENTARIA.- resultados de exámenes auxiliares, documentos de sustento legal, técnico, científico (consentimiento informado, referencia, contra referencia, seguros y otros).

N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.03

Formatos Básicos

1. FICHA FAMILIAR.- permite la identificación del grupo familiar, la definición de riesgos familiares, y el seguimiento.
2. FORMATOS DE CONSULTA EXTERNA.- establecimientos de primer nivel con población asignada, se utiliza por etapas de vida. Si cuentan con sólo técnicos y auxiliares, llenan datos generales, antecedentes seguimiento de riesgos, listas de problemas identificados y el plan de atención integral.
 - Atención integral del niño
 - Atención integral del adolescente
 - Atención integral del adulto
 - Atención integral del adulto mayor

N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.03
Formatos Básicos

3. **FORMATOS DE EMERGENCIA.**- H.C. breve, con información mínima (fecha y hora de atención, filiación, anamnesis, enfermedad actual, motivo de la consulta, antecedentes, examen físico, exámenes auxiliares, diagnóstico presuntivo, plan de trabajo, terapéutica y seguimiento, fecha hora, firma sello y colegiatura del médico.
4. **FORMATOS DE HOSPITALIZACIÓN.**- se registra varios formatos:
anamnesis, examen clínico, diagnóstico, tratamiento, plan de trabajo, evolución, epicrisis,

N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.03
Formatos Básicos

3. **FORMATOS ESPECIALES.**- no están considerados dentro de los básicos:
 - Filiación
 - Notas de enfermería
 - Hoja de control de medicamentos u hoja visible
 - Gráfica de signos vitales
 - Hoja de balance electrolítico
 - Formato interconsulta.- consta de solicitud, informe
 - Orden de intervención quirúrgica
 - Reporte operatorio
 - Formatos de anestesia.- hoja de evaluación pre anestesia, hoja de anestesia, hoja post anestesia
 - Formato de H.C. perinatal

N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.03

Formatos Básicos

3. **FORMATOS ESPECIALES.**- no están considerados dentro de los básicos:
 - Notas de obstetricia
 - Fichas odonto-estomatológicas.- fichas del niño, adolescente, adulto, adulto mayor y ficha de la gestante
 - Formatos patología clínica.- solicitud de examen, informe de examen.
 - Formato de diagnóstico por imágenes.- solicitud de examen, informe de examen
 - Formato de anatomía patológica.- solicitud de examen, informe de examen
 - Formato de consentimiento informado

N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.03

Formatos Básicos

3. **FORMATOS ESPECIALES.**- no están considerados dentro de los básicos:
 - Retiro voluntario
 - Referencia y contrareferencia
 - Informe de alta

N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02

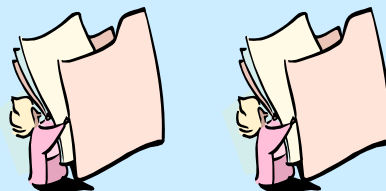
CAP. VI.2.2. ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO.

- ARCHIVO ACTIVO
- ARCHIVO PASIVO
- HISTORIAS CLINICAS ESPECIALES.-
Médico legal (foliadas)
- ORDENAMIENTO: menos de 10,000.-
secuencial corr.elativo
De 10,000 a 100,000.- dígito terminal simple
Más de 100,000.- dígito terminal compuesto

N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02

CONSERVACIÓN:

- ACTIVO.- 5 años, pasa al pasivo.
- PASIVO.- 15 años después del traslado del activo (si lo solicitan pasa al activo)



N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02

CAP. VI.2.5. DEPURACIÓN.

- **Destrucción selectiva en caso de hospitalización**
- **Destrucción total si tienen sólo consulta**



N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02

CAP. VI.2.5. DEPURACIÓN SELECTIVA.-
conservación en forma original o en medio magnético, avalado por el Comité de Historias Clínicas de la Dirección Regional, para el I nivel y el Comité de Historias clínicas del hospital para los niveles II y III, registrando los acuerdos en un acta y la lista de Historias Clínicas.

- **Hojas de consentimiento informado.**
- **Hojas de retiro voluntaria.**
- **Informes quirúrgicos y/o registros de parto.**
- **Informes de anestesia.**
- **Informes de exploraciones complementarias.**

N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02

- Epicrisis.
- Informes de necropsia.
- Hoja de evolución y de planificación de cuidados de enfermería.



La Historia Clínica como sistema de información

Debe ser:

- **Confiable**
- **Justo a tiempo**
- **Fácil comprensión**
- **Estructura y organización adecuada**

Finalidad de los datos de la Historia Clínica

- **Facilita la asistencia clínica, recoge toda información necesaria para asegurar, el conocimiento veraz, exacto y actualizado del estado de salud del paciente**
- **Esta finalidad es la razón y la única que puede justificar:**
 - **Su creación y actualización**
 - **La naturaleza de datos que puede contener**
 - **Su carácter especialmente sensible y confidencial**
 - **Normas legales que garantiza seguridad e intimidad**

Finalidad de los datos de la Historia Clínica

También es útil para:

- **Revisión de casos**
- **Instrumento docente y de investigación científica**
- **Documento médico legal**
- **Facturación por servicios prestados**
- **Instrumento principal de la auditoria médica**

Auditoria y la Historia Clínica

- **Es la evaluación del acto y la relación medico-paciente a través de la historia clínica para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios pre-establecidos (estándares – requisitos : guías, lineamientos, protocolos)**

La Historia Clínica y el Consentimiento Informado

- Requiere un tratamiento riguroso del consentimiento informado (CI)
- Probablemente sea el CI la figura jurídica sobre la que más se han pronunciado la doctrina y la jurisprudencia
- Desde hace aproximadamente 30 años, con el nacimiento de la bioética, la importancia de la opinión del enfermo adquirió en el curso del proceso asistencial, la más alta consideración, ética y jurídica, dentro de la relación médico-enfermo

La Historia Clínica actual...

- Inadecuada formación en los estudiantes y en los médicos
- Se redacta, se elabora y se ordena la mayor parte de las veces de forma deficiente.
- Poco interés de los médicos por cumplir con su responsabilidad administrativa, asistencial, docente y de investigación, que demuestra la historia clínica

La mala Historia Clínica y sus riesgos y consecuencias

- Malpraxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal
- Defecto de gestión de los servicios clínicos
- Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración
- Riesgo médico-legal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por malpraxis médica.

Cualidades generales de la Historia Clínica

La historia clínica es:

- **Única, por persona y en toda institución.**
- **Acumulativa, toda información sanitaria generada durante un proceso asistencial se registra en este expediente, separando los episodios.**
- **Integrada, contiene para cada proceso asistencial al menos un resumen como informe de alta o epicrisis**

Cualidades Operativas de la Historia Clínica

Debe

- **Ser perfectamente identificable y de rápida ubicación**
- **Tener una relación ordenada, detallada y cronológica de datos**
- **Contener un control de la diaria evolución del estado del paciente**

Normas para la documentación escrita

- Ser legible.
- Utilizar terminología normalizada y universal
- No usar abreviaturas. En caso de error anular entre paréntesis y poniendo sobre la palabra o frase la anotación "error"
- Sólo se utilizará tinta negra o azul de bolígrafo o escritura a máquina o computarizada
- Cada hoja debe ser usada únicamente para lo diseñado

La Historia Clínica y el rol del médico

- La exactitud e integridad debe ser supervisada por médicos de mayor experiencia
- Generar por norma en cada centro asistencial un comité de historias clínicas
- El problema de la validación científica y protocolos
- El resguardo de la HC y auditoria médica
- Uso gerencial de las historias clínicas



La Historia Clínica y el rol del médico

- Debe tener facilidad del análisis de la información
- Debe estar bajo un sistema estandarizado de anotación
- Uniformidad en terminología
- Uniformidad en la compilación y ordenamiento
- Modelo único nacional de historia clínica
- Uniformidad en la valoración de la calidad de información



Confidencialidad y la Historia Clínica: Uso científico

- **a) El documento no debe contener aquellos datos que permitan la identificación del paciente, como nombres y apellidos**
- b) Si es necesario consignar o mostrar la identificación del paciente, es imprescindible la autorización expresa y escrita del mismo.**
- c) La publicación total o parcial de la información de la HC debe ser autorizada por la Dirección Médica.**

TIPOLOGÍA DOCUMENTAL

FORMULARIOS BÁSICOS:

- Hoja de identificación del paciente.
- Hoja de Ingreso y Egreso.
- Hoja de Epicrisis.
- Hoja de Anamnesis.
- Hoja de Examen Clínico
- Ordenes Médicas
- Notas de Evolución
- Notas de Enfermería
- Hoja de Control de Medicamentos
- Hoja de Gráfica de controles vitales
- Análisis de Laboratorio
- Historia de Consulta Externa.
- Hoja de Referencia
- Hoja de Contrarreferencia.

TIPOLOGÍA DOCUMENTAL

FORMULARIOS ESPECIALES:

- Informe de interconsulta.
- Informe quirúrgico.
- Informe de anestesia.
- Hoja de Recuperación.
- Informe de Anatomía patológica.
- Informe de Resultados de Imagenología.
- Informe de Radioterapia.
- Informe de Electrocardiograma.
- Informe de Electroencefalograma.
- Protocolo de Autopsia.
- Informe de Fisioterapia.
- Informe de Servicio Social.
- Historia Obstétrica.
- Balance Hídrico.
- Hoja de Transfusión

TIPOLOGÍA DOCUMENTAL FORMULARIOS MÉDICO LEGALES:

- **Consentimiento Informado para tratamiento.**
- **Consentimiento Informado para intervención quirúrgica.**
- **Consentimiento Informado para autopsia.**
- **Consentimiento Informado para la aplicación de radioterapia.**
- **Exoneración de responsabilidad para aborto terapéutico.**
- **Exoneración de responsabilidad por salida exigida.**
- **Formulario de Autorización para retiro de menores.**

ORDENAMIENTO DE LOS FORMULARIOS DE LA HISTORIA CLÍNICA: PARA HOSPITALIZACIÓN (I)

- **Signos vitales.**
- **Exámenes auxiliares de diagnóstico.**
- **Ordenes médicas.**
- **Tratamientos**
- **Evolución**
- **Interconsulta**
- **Informe quirúrgico**
- **Informe de anestesia**
- **Informe de anatomía patológica**
- **Balance hídrico**
- **Hoja de otros tratamientos (TBC, Rehabilitación, odontología).**

ORDENAMIENTO DE LOS FORMULARIOS DE LA HISTORIA CLÍNICA: PARA HOSPITALIZACION (II)

- **Atención Obstétrica que comprende atención prenatal, atención del parto y puerperio.**
- **Emergencia.**
- **Interconsulta**
- **Referencia**
- **Contrarreferencia.**
- **Atención general.**
- **Hoja de Identificación.**
- **Epicrisis.**
- **Informe de Alta**
- **Autorizaciones**

ORDENAMIENTO DE LOS FORMULARIOS DE LA HISTORIA CLÍNICA: AL EGRESO DEL HOSPITAL (I)

- **Hoja de Identificación.**
- **Epicrisis.**
- **Anamnesis**
- **Emergencia.**
- **Referencia**
- **Contrarreferencia.**
- **Atención general**
- **Interconsulta**
- **Exámenes auxiliares de diagnóstico.**
- **Informe de anestesia**
- **Informe quirúrgico**
- **Informe de anatomía patológica**
- **Balance hídrico**

ORDENAMIENTO DE LOS FORMULARIOS DE LA HISTORIA CLÍNICA: AL EGRESO DEL HOSPITAL (II)

- Evolución.
- Ordenes médicas
- Tratamientos
- Signos vitales
- Autorización para autopsia.
- Tratamientos (TBC., Rehabilitación, odontología).
- Atención obstétrica, infantil y pre-escolar (CRED), según sea el caso.
- Autorizaciones

METODOS DE ARCHIVO DE LA HISTORIA CLINICA

- METODO CONVENCIONAL (NUMEROS CONSECUTIVOS CORRELATIVOS).
- METODO DIGITO TERMINAL:
 - DIGITO TERMINAL SIMPLE (10 000 A 90 000 H.C.)
 - DIGITO TERMINAL COMPUESTO (MAS DE 100 000 HISTORIAS CLINICAS)

VENTAJAS DEL METODO CONVENCIONAL

- **FACILIDAD DE APRENDER Y DESARROLLAR EL METODO.**
- **CUANDO SE REQUIERE MAS ESTANTERIA RESULTA FACIL AGREGARLA A UN EXTREMO DEL ARCHIVO.**

DESVENTAJAS DEL METODO CONVENCIONAL

- **ERRORES DE ARCHIVO FRECUENTES AL AUMENTAR EL NUMERO DE DIGITOS EN EL NUMERO DE LA HISTORIA.**
- **LAS HISTORIAS CON NUMEROS MAS ALTOS SE ARCHIVARAN EN EL EXTREMO DEL ARCHIVO.**
- **RESULTA DIFICIL DIVIDIR EL TRABAJO DEL ARCHIVO EQUITATIVAMENTE**
- **CUANDO SE RETIRAN LAS HISTORIAS INACTIVAS. (GENERALMENTE LOS NUMEROS MAS BAJOS), HAY QUE CORRER TODAS LAS HISTORIAS PARA ASEGURAR QUE EL ESPACIO VACIO QUEDE EN EL EXTREMO.**

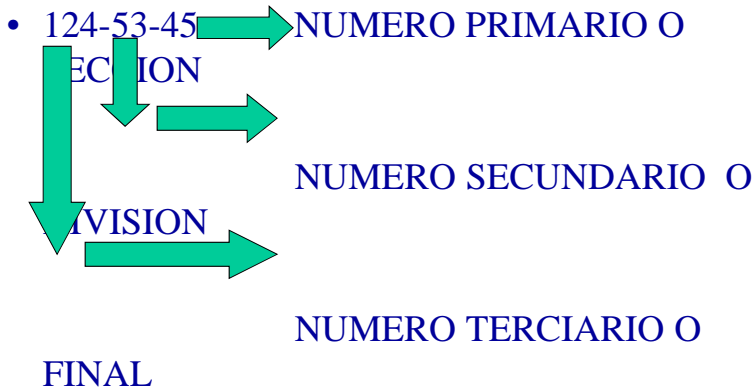
METODO DIGITO TERMINAL

- ES UNA MANERA DE ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS IDENTIFICADAS NUMERICAMENTE SEGÚN LOS ULTIMOS DOS DÍGITOS DEL NÚMERO
- ESTE NÚMERO SE DIVIDE EN DOS O TRES GRUPOS QUE SE LEEN DE IZQUIERDA A DERECHA.

METODO DIGITO TERMINAL

- CUANDO SE USA ESTE METODO EL ARCHIVO SE DIVIDE EN 100 SECCIONES, ESTAS A SU VEZ SE DIVIDEN EN 100 DIVISIONES Y AL INTERIOR LOS DÍGITOS FINALES O TERCARIOS SE ORDENAN EN FORMA SECUENCIAL.
- EJEMPLO:
- EL NUMERO 1 SE ESCRIBE 00-00-01
- EL NUMERO 1,245 345 SE ESCRIBE 124-53-45

METODO DIGITO TERMINAL



VENTAJAS DEL METODO DIGITO TERMINAL

- El trabajo del archivo se realiza en forma más rápida y exacta.
- Al tener que considerar sólo dos o tres dígitos a la vez, se reducen los errores de archivo.
- Es más fácil archivar y recuperar historias.
- Las Historias que se agregan al archivo se distribuyen en forma pareja en las 100 secciones
- Es posible distribuir el trabajo equitativamente.
- Las Historia inactivas se retiran de las 10,000 divisiones del archivo.

DESVENTAJAS DEL METODO DIGITO TERMINAL

- LLEVA UN POCO MAS DE TIEMPO
CAPACITAR AL PERSONAL
- REQUIERE UNA CUIDADOSA
PLANIFICACION DEL ARCHIVO,
- EL AGREGAR ESTANTERIA ADICIONAL
OBLIGA A TRASLADAR TODAS LAS
HISTORIAS.

PROPOSITOS DE LA CONSERVACION DE HISTORIAS CLINICAS

- NECESIDADES DEL PACIENTE
- REQUISITOS LEGALES.
- INVESTIGACION Y DOCENCIA

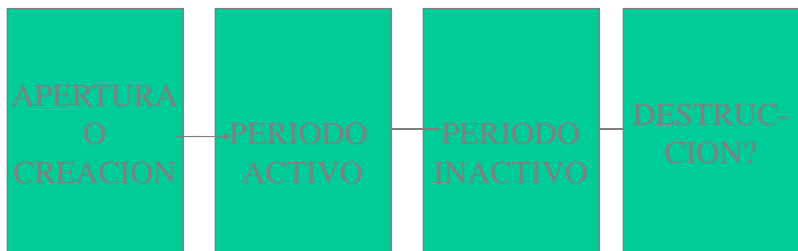
PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA ADMINISTRACION DE HISTORIAS CLINICAS

EL CICLO VITAL DE LA HISTORIA CLINICA

- LA APERTURA DE HISTORIAS CLINICAS
- LA ORGANIZACIÓN DE LAS HISTORIAS CLINICAS
- LA CONSERVACION DE LAS HISTORIAS CLINICAS
- LA DEPURACION DE LA HISTORIA CLINICA

CONSERVACION DE LAS HISTORIAS CLINICAS

1. EL CICLO VITAL DE LA HISTORIA CLINICA



PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA ADMINISTRACION DE HISTORIAS CLINICAS

2. ESTRUCTURA DE LAS HISTORIAS CLINICAS

- INSTRUMENTOS POR ESPECIALIDADES VERSUS INSTRUMENTOS BASICOS O GENERALES.
- TAMAÑO Y CALIDAD DE MATERIAL DE INSTRUMENTOS Y CARATULA DE LA HISTORIA.
- ORGANIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS EN LA CARPETA.

PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA ADMINISTRACION DE HISTORIAS CLINICAS

3. MOVIMIENTO Y FLUJO DE LAS HISTORIAS

- CONTROL DE LA SALIDA Y RETORNO.
- OPORTUNIDAD EN LOS SERVICIOS PARA LA ATENCION, PARA ESTUDIO O ASUNTOS LEGALES.
- NIVELES DE RESPUESTA A REQUERIMIENTO.

APLICACIÓN DE SISTEMAS INFORMÁTICOS.

- Los sistemas informáticos integrados deberán considerar el registro de la cita del paciente para generar el listado de programación de historias clínicas para la consulta externa.
- El control del movimiento de toda historia clínica deberá ser a través del sistema: salida y retorno para toda unidad productora de servicios u otros fines.
- El sistema deberá considerar un campo para registrar la ubicación el archivo donde se encuentra la historia clínica.

RESULTADOS

- Disminución de la carga de trabajo del personal Técnico de Enfermería dado que el área de citas se integra al área de Admisión.
- Un mejor control del movimiento de las historias clínicas en un trabajo integrado con el personal Técnico de Enfermería.
- Rápida ubicación lógica y por ende física de la historia clínica.

RESULTADOS

- Permite la implementación de un sistema virtual de monitoreo del movimiento de historias clínicas.
- Mejora la capacidad de respuesta del Archivo Clínico.
- Optimiza la productividad del personal del Archivo Clínico.



CONDICIÓN SINE QUA NON

- Toda historia clínica que sale para consulta externa, debe retornar al archivo el mismo día al terminar el turno de atención en el que fue programada la cita del paciente.
- Todo paciente para salir de alta previamente deberá haber sido correctamente diligenciada su historia clínica y entregada a la sección de egresos de la Unidad de Registros Médicos.
- Ninguna historia clínica deberá quedar retenida en casilleros, armarios o gavetas.

CONTROL EN EL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS CLINICAS

- Revisa que la documentación del expediente este completa.

Si no lo está:

- Toma nota de la documentación faltante.
- Informa al jefe de archivo los documentos faltantes.
- Ordena las formas en el orden establecido por la institución:
 - a) Progresivo directo.
 - b) Progresivo inverso.
 - c) Funcional.
- Archiva los expedientes.

En el caso de que en el hospital se estableciera el procedimiento de depuración de expedientes, en esta revisión se retiran las formas de recolección de datos: hojas de la enfermera, control de temperaturas, control de líquidos, etc.

RESUMEN

LA HISTORIA CLÍNICA :

- ✓ *Es un documento de archivo.*
- ✓ *Es un expediente formado por varios tipos documentales (pieza documental compuesta)..*
- ✓ *Es una serie documental.*
- ✓ *Forma el archivo periférico de historias clínicas.*
- ✓ *Conforma el PDN*
- ✓ *Conforma el PCN*
- ✓ *Es un documento público o privado*

MUCHAS GRACIAS

www.agn.gob.pe

berriosnorman1@hotmail.com

nberrios@agn.gob.pe