

CALIDAD ASISTENCIAL

PROPUESTA PARA UNA NORMATIVA: USO, MANEJO Y CUSTODIA DE LA FICHA Y OTROS REGISTROS CLÍNICOS DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO “DR. JOSÉ HORWITZ BARAK”

(Rev GPU 2012; 8; 4: 472-481)

Rafael Céspedes¹

Para completar las publicaciones anteriores sobre los registros clínicos del Instituto Psiquiátrico, basados en una auditoría de fichas clínicas de los egresos del año 2008 de los Sectores de Corta Estadía y de otras Unidades Clínicas como el Servicio de Urgencia, UEPI, UDAC, UDA y UETA, y considerando la crítica situación de los Registros Clínicos del Instituto Psiquiátrico que refleja dicha auditoría, como además lo señala la Contraloría General de las República en uno de sus Informes sobre el Instituto Psiquiátrico, hemos querido contribuir con una propuesta de normativa para la Ficha Clínica del Instituto Psiquiátrico, para ser considerada como un punto de partida, y así hacer los esfuerzos de gestión dirigidos a superar dicha situación.

En esta propuesta consideramos el circuito que hace el expediente clínico de un enfermo desde su ingreso, considerando los registros que ejecutan los profesionales del equipo tratante, así como de diversas intervenciones de otros funcionarios administrativos, que tiene acceso a la ficha clínica en atención a sus funciones, hasta el egreso del enfermo y finalmente su custodia en la Unidad de Archivo.

Se considera las atribuciones, obligaciones y deberes de toda persona autorizada a intervenir sobre este archivo, así como el orden del distinto tipo de hojas que componen la ficha clínica, y de otros documentos que se anexan, el formato de las hojas, la importancia de la supervisión del cumplimiento de la normativa por parte de las jefaturas clínicas y administrativas.

¹ Psiquiatra, Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak” E-mail: errecespedes@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La Ficha Clínica está constituida por el conjunto de registros y documentos gráficos, y otros digitales en la actualidad (CD, DVD, etc.) que dan cuenta de la actividad sanitaria que se genera con motivo de enfermedades emergentes o prevalentes de una persona que concurre a un establecimiento asistencial por atención y eventual hospitalización. Es un documento único, ordenado y completo que debe reunir en forma clara y precisa toda la información concerniente a la salud y enfermedad de un paciente, su evolución y las atenciones recibidas.

La Ficha Clínica tiene diversas funciones: la fundamental es la asistencial, vale decir, la de registrar, conservar y proteger toda la información clínica de una persona con el objeto de darle una atención de salud de excelencia. Otras funciones y usos de la Ficha Clínica se dan en el ámbito de la Gestión de la Calidad (planificación de recursos asistenciales, control de calidad y de costos), en el ámbito de la de Investigación clínica y epidemiológica, en el ámbito de la Docencia; además de servir como un testimonio de la atención prestada a un enfermo en el ámbito del quehacer jurídico y en otros ámbitos como la previsión de salud y seguros.

En la actualidad, en nuestro país la Ficha Clínica es un documento regularizado por diversas Leyes y Decretos y Normativas, como por ejemplo:

Código Sanitario, artículo 134

En el Instituto Psiquiátrico, singular relevancia tiene en estas materias el Decreto Supremo 570 del Minsal (Reglamento de Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y de las Instituciones que la Proporcionan).

Legislación común (NCP) en lo que respecta a diversas características y resguardos que deben tenerse con la Ficha Clínica: como documento, la obligatoriedad, la confidencialidad, el contenido, el acceso por parte de los pacientes o terceros, la conservación y su archivo.

Ley N° 19.628 Protección Intimidad.

Ley N° 20.015 ISAPRES

Proyecto de Ley "Derecho y Deberes de las Personas en Salud"

Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (DS N° 42/86)

Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (DS N° 140/2004)

Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas (D. N° 161/82 del Ministerio de Salud)

Disposición Institucional Permanente N° 5 del Ministerio de Salud.

Carta de Derecho de los Pacientes (FONASA)

Manual de Procedimientos SOME, aprobado por la resolución exenta N° 926, de 14 de junio de 1989, del Ministerio de Salud, que en su letra F regula la extensión, archivo, despacho, eliminación y confidencialidad de la Ficha Clínica (aún vigente).

En un Hospital Autogestionado en Red, como es el Instituto Psiquiátrico, la Ficha Clínica y la Historia Clínica de los usuarios deben tener una calidad acorde con las exigencias actuales en cualquier ámbito del quehacer del Servicio Público; por esta razón debemos revertir a la brevedad la situación crítica en que se encuentran los registros clínicos.

El año 2009 se publica el "Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada" y su respectivo Manual de Cotejo, instrumentos para la acreditación de hospitales y clínicas en general en el país (1).

El 24 de febrero de 2010 se aprueba por Resolución Exenta N° 33 del Ministerio de Salud el "Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada" y la "Pauta de Cotejo" del referido manual. En este manual se fijan los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud en psiquiatría para garantizar que las prestaciones otorgadas alcancen la calidad requerida para garantizar la seguridad a los usuarios. Respecto a los registros clínicos, este Manual y su Pauta de Cotejo, de la Superintendencia de Salud, en el Ámbito N° 6 Registros (REG): "El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes", a continuación señala los estándares mínimos a cumplir en esta área, para poder acreditar a través del desglose de este Ámbito en los diversos *Componentes, Características y Verificadores*, en donde se exige la existencia de una normativa institucional sobre los registros y la Ficha Clínica (2).

Esta propuesta de normativa señala la forma en que debemos hacer los registros en nuestro quehacer asistencial, de modo que registremos lo que hacemos por la recuperación de la salud mental de nuestros enfermos, de una forma que nos permita dejar constancia de ello, sirvan para las futuras atenciones de los enfermos, para su derivación y traslado, así como para la enseñanza, docencia e investigación clínica y epidemiológica. Además de poder hacer llegar información de valor cuando lo soliciten quienes legalmente tienen derecho a acceder a ella, como es el caso del propio enfermo, los tribunales, etc., y que lo que entreguemos constituya una carta de presentación, que sea un reflejo de la calidad de nuestro trabajo asistencial.

No debemos olvidar la sentencia que afirma en relación con el que hacer asistencial que: “lo que no se ha registrado, se da por no hecho”. Esta sentencia es un axioma en relación con nuestro quehacer especialmente en el ámbito jurídico.

HISTORIA CLÍNICA

Definición

Se puede aludir a la definición de Ficha Clínica de diversas fuentes relacionadas con el quehacer asistencial, por ejemplo el Proyecto de Ley sobre Derechos y Deberes de las Personas en Salud, artículo 11, que la define así: “La Ficha Clínica es el instrumento en que se registra la historia médica de una persona”. Por otra parte la Historia Clínica es definida del siguiente modo por el Manual de SOME, manual en uso aún: “La Historia Clínica es un documento único, ordenado y completo que debe reunir en forma clara y concisa toda la información concerniente a la salud de un paciente, su evolución y las atenciones recibidas”. Esta definición confunde Ficha Clínica con Historia Clínica, que son cosas muy distintas según nuestra consideración.

Es preciso definir y especificar muy bien estos conceptos fundamentales para poder entender la propuesta de normativa que suscribimos y su adecuado manejo.

La Ficha Clínica es para nosotros un elemento único por persona o enfermo, que contiene una o más Historias Clínicas de esa persona o enfermo, dependiendo de los eventos por los que consulta a través del tiempo el paciente, especialmente según el número de internaciones y lo separadas en el tiempo de su ocurrencia. La Ficha Clínica además de la Historia Clínica o Historias Clínicas, según los eventos de esa persona, contiene un sinnúmero de otros registros y documentos relacionados con cada internación o atención, o acción de salud que se ejecute en relación con el estudio diagnóstico, su tratamiento y otras acciones con ocasión de la atención de las personas.

La Ficha Clínica es un conjunto de registros y documentos, del cual la Historia Clínica de una persona es uno de los componentes fundamentales. Integra además este conjunto que es la Ficha Clínica, una serie de documentos y registros relacionados con las acciones, intervenciones y otros procesos de los que es objeto la persona, en su estudio diagnóstico, de tratamiento, como por ejemplo: Copias de Epicrisis, Consentimientos Informados, Evolución Médica y de otros profesionales, Pruebas Psicológicas, Informes Periciales y otras evaluaciones, registros de los controles de enfermería

y de las actividades de otros profesionales, además de documentos de carácter administrativo relacionados con GES, Oficios de los Juzgados, Órdenes Administrativas de Internación de la Autoridad Sanitaria, variados documentos de referencia y contrarreferencia de otras instancias de la Red Asistencial, etc. Además hemos de considerar la inclusión de información en CD y DVD, como medio en que se entregan exámenes especialmente de imagenología o procedimientos quirúrgicos.

La información registrada en la Ficha Clínica debe caracterizarse por ser: completa, ordenada y actualizada, inteligible, permanente en el tiempo, inviolable, veraz y confidencial, asequible de forma expedita. Lo mismo es exigible para los documentos diversos que se le incorporan.

Consideraciones generales

La Historia Clínica es un documento que deben elaborar el Médico Tratante y su Equipo, el Becado con la supervisión adecuada; la Historia Clínica debe dar cuenta de un trabajo profesional, que requiere de un esfuerzo reflexivo, de juicio y razonamiento, en el que se pondera, se hacen distinciones y se significa la información recopilada a través de entrevistas al paciente, familiares y otras personas; se pondera y valoriza los hallazgos del examen físico y neurológico y del examen mental del enfermo; se evalúa y procesa las diversas fuente de información documental de que se disponga, de los exámenes de laboratorio y de imagenología, de las evaluaciones e informes de otros profesionales.

El desarrollo y elaboración de una Historia Clínica es una actividad de aprendizaje y, también, en la que se refleja el conocimiento y la pericia del o los profesionales y puede ser fuente para calificar los avances en la formación de los Residentes o Becados, por lo cual debe ser una actividad supervisada por los Médicos Tratantes, los Jefes de Sectores y de Servicio y los encargados de la docencia. Además es lo nuclear del quehacer clínico, pues es lo que da cuenta de la coherencia entre los procesos de estudio, las formulaciones diagnósticas y los tratamientos de los cuales es objeto el enfermo y los resultados de esto sobre la salud de la persona. En resumen, la calidad de la Historia Clínica y otros documentos de la Ficha Clínica reflejan la calidad de la atención a nuestros enfermos y la calidad del proceso de aprendizaje de nuestros médicos en formación en psiquiatría y de otros profesionales paramédicos en formación, y la validez como respaldo de eventuales investigaciones clínicas o epidemiológicas realizadas.

Las evoluciones que deben dar cuenta de las variaciones del estado del enfermo, de los avances o

dificultades en el tratamiento y otros aspectos relevantes, junto con resúmenes periódicos y otras instancias de reflexión y análisis, también son y deben ser parte integrante de la Historia Clínica a considerar. Estas evoluciones deben ser registradas por todos los profesionales que participan del proceso de atención del enfermo. Toda intervención de los integrantes del equipo tratante debe ser registrada y debe llevar la identificación del operador, su firma, así como en la hoja que se escribe debe registrarse el nombre del enfermo, su RUN, su número de ficha clínica, la fecha y la hora y el lugar de la atención (Sector, Unidad, etc.).

Un documento de primordial importancia, del que debe quedar una copia en la Historia Clínica del enfermo, es la Epicrisis.

La Epicrisis es un documento fundamental en el proceso de atención de un enfermo, especialmente si ha estado hospitalizado, y con mayor razón si se trata de una internación psiquiátrica especialmente prolongada. Al ser dado de alta un enfermo, debe entregársele una Epicrisis, que es un documento que da cuenta de una serie de hechos a los que se sometió el paciente en el proceso de atención, en el cual intervino una serie de profesionales, de un equipo encabezado por el médico tratante. Otras consideraciones sobre la Epicrisis se han presentado en artículo publicado con anterioridad (4).

UNA PROPUESTA DE NORMATIVA PARA LA FICHA CLÍNICA DEL INSTITUTO PSIQUIATRICO "DR. JOSÉ HORWITZ B."

Consideraciones generales

La Ficha Clínica, que incluye toda la documentación de una persona enferma que se atiende en el Instituto Psiquiátrico, considerando la carátula, los formularios de Ingresos Clínicos, la Historia Clínica propiamente tal y la variedad de formularios de atención de los diversos profesionales y otros documentos detallados en otro acápite, aparte de ser llenados como se estipula en esta normativa, se debe archivar como a continuación se señala:

1. Se debe considerar cada internación como un "Evento", en el que se abrirá un expediente (contenido en una carátula de F. Clínica, la que llevará todos los datos que ésta requiere, se le agregará en la parte inferior de la portada con números de un centímetro de altura, el año del Evento, luego un guion, seguido del número del evento de ese año, Ejemplo 2010 – 1, si es el primer ingreso de ese año. Si luego del alta el enfermo reingresa ese

mismo año, se abrirá otro expediente, al que se le colocará 2010 – 2, y así sucesivamente por cada nueva internación.

2. A la Unidad Recaudación Llegará, una vez dado de alta el enfermo, el expediente de esa internación, el cual debe venir con todas sus hojas sujetas con acoclip y en el orden señalado en esta normativa; al ser retirada en esta Unidad la Hoja de Egreso Estadístico, se volverá a dejar todas las restantes hojas archivadas con el acoclip; de igual modo se procederá en la Unidad de Archivo al retirar la Epicrisis.
3. Enseguida, en la Unidad de Archivo se procederá a introducir este Expediente, con otros anteriores y con el antiguo volumen de la Ficha Clínica de este enfermo, de contar con ella, en la Caja Contenedora, que se utilizará con la finalidad de mantener todos los Expedientes de una misma persona como un conjunto, con el orden cronológico adecuado, protegidos y conservados de esta manera.
4. Cuando se ingrese un enfermo que tiene hospitalizaciones previas, junto con el nuevo Expediente que se abre para este último Evento (hospitalización) será enviado por la Unidad de Archivo solamente el Expediente inmediatamente anterior a este último ingreso.
5. Los restantes Expedientes de Eventos o ingresos anteriores que tuviere el enfermo serán entregados a su Médico Tratante cuando los solicite formalmente para su revisión y estudio. Una vez revisados, deberán mandarse a la Unidad de Archivo en la Caja Contenedora respectiva, dentro del plazo fijado para tal efecto.
6. Los Profesionales y Técnicos Paramédicos, previo al alta del enfermo, retirarán las hojas sin uso y tacharán los espacios en blanco de las hojas usadas parcialmente.
7. Se hará una nueva Historia Clínica a un enfermo que reingresa cuando hayan transcurrido más de seis meses de su anterior ingreso. Debe tenerse en consideración, si es que ha transcurrido menos tiempo, la necesidad de hacer la Historia Clínica completa nuevamente, en atención a cambios relevantes de los antecedentes registrados previamente.
8. En el Instituto habrá una persona encargada de supervisar el cumplimiento de la Norma, además de recoger las sugerencias de mejoras de la Ficha Clínica y su Normativa que vayan surgiendo.
9. En los Sectores y Unidades se designará un funcionario que revise el Expediente Clínico del enfermo antes de su alta, verificará que todos los documentos estén en el orden señalado en esta Normativa,

que no queden hojas ni espacios en blanco en las diversas hojas, que la ficha esté sujeta con un aco-clip, y que ésta sea enviada a la Unidad de Recaudación y posteriormente a la Unidad de Archivo para su custodia y protección.

Consideraciones específicas

El tamaño de las carátulas y de todos los formularios y hojas que se usen o anexen al expediente será uniforme, tamaño (A4).

Todos los documentos que se elaboren por los Profesionales Médicos, Profesionales Paramédicos y Técnicos Paramédicos, serán los oficiales que esta normativa establece.

Cada hoja será foliada, llevará el nombre completo del enfermo, su número de RUN (o CI) y el número de Ficha Clínica.

El personal que haga los registros lo hará con letra legible, sin abreviaturas, y anotará de modo atingente lo que se relaciona con el enfermo, respecto a su estudio, tratamiento y cuidados. No se puede hacer comentarios sin relación con la atención del enfermo. Siempre

debe tenerse presente que los registros clínicos son datos sensibles y confidenciales

Los Profesionales Médicos, Profesionales Paramédicos y Técnicos Paramédicos que realicen registros en cualquier documento del Expediente Clínico del enfermo, deberá dejar consignados: la fecha, la hora, el lugar en que se encuentra el enfermo que es objeto de un registro, y deberá colocar su nombre completo y su firma en cada evolución o registro.

Los Médicos Becados o Residentes, y otros Profesionales y Alumnos que estén desarrollando una pasantía, deben cumplir con esta normativa y deben colocar su nombre y firma en los registros que efectúen; además registrar el nombre completo y su firma el profesional a cargo o Supervisor.

Orden y color de los diferentes documentos que integran el Expediente del Evento de Internación

La Ficha Clínica tendrá que manejarse según esta normativa. El orden y color de los diversos documentos que constituirán el Expediente de cada Evento son los que a continuación se describen y muestran en la siguiente tabla:

1. Hojas de Egreso	Color
1.a. Informe Estadístico de Egreso Hospitalario	Blanco
1.b. Epicrisis	Rosado
2. Ingreso de Urgencia	Color
2.a. Ingreso Médico de Urgencia	Verde
2.b. Evolución médica de Urgencia	Verde
2.c. Hojas de Registro de Consentimientos Informados	Blanco
2.d. Ingreso de Enfermería	Verde
2.e. Evolución de Enfermería	Verde
2.f. Selección de Hojas de Evoluciones de Técnicos Paramédicos, con Registro de Situaciones Relevantes y Eventos Adversos	Verde
2.g. Hoja de antecedentes de Servicio Social	Verde
3. Ingreso de Recepción de Sector de Corta Estadía o Unidad	Color
3.a. Ingreso de Recepción de Sector o Unidad	Blanco
3.b. Historia Clínica de Pacientes Hospitalizados	Blanco
3.c. Hoja de Registro de Cambio de Plan de Tratamiento	Blanco
3.d. Hojas de Registro de Consentimientos Informados	Blanco
3.e. Evolución Médica	Blanco
3.f. Registro de Exámenes de Laboratorio e Imágenes	Blanco
3.g. Ingreso de Enfermería de Hospitalizados	Celeste
3.h. Evolución de Enfermería	Celeste
3.i. Selección de Hojas de Evoluciones de Técnicos Paramédicos con Registro de Situaciones Relevantes y Eventos Adversos	Celeste
3.j. Hoja de Atención y Actividades de Psicología	Amarillo
3.k. Evolución de Psicología	Amarillo

3.l. Registro de Informes y de Pruebas de Psicología	Amarillo
3.ii. Hoja de Atención y Actividades de Servicio Social	Beige
3.m. Evolución de Servicio Social	Beige
3.n. Registro de Actividades e Intervenciones de Servicio Social	Beige
3.ñ. Hoja de Atención y Actividades de Terapia Ocupacional	Naranja
3.o. Evolución de Terapia Ocupacional	Naranja
3.p. Registro de Informes y Evaluaciones de Terapia Ocupacional	
4. Archivo de otros documentos	Color
4.a. Oficios de Juzgados y Fiscalía	El propio
4.b. Resoluciones de Internación de la Autoridad Sanitaria	El propio
4.c. Interconsultas y otros Documentos GES	El propio
4.d. Otras Interconsultas con Información (Respuesta)	El propio
4.e. Otros Documentos Relevantes	El propio

Instrucciones sobre el llenado, uso y manejo de los diversos documentos del Expediente Clínico

1. Hojas de Egreso

1.a. Informe Estadístico de Egreso Hospitalario

Será llenado en todos sus ítems según correspondan al personal administrativo y al médico

1.b. Epicrisis

Será llenada completamente con todos los datos que se solicitan, no se usará abreviaturas ni siglas. Será firmada por el médico tratante, el que consignará su nombre completo y será firmada por el supervisor o jefe de unidad, especialmente en el caso de haber sido elaborada por un becado o residente.

2. Ingreso del Servicio de Urgencia

2.a. Ingreso Médico de Urgencia

Será realizado por los médicos de turno; los formularios serán llenados en todos sus acápite. Será firmado por el médico y deberá además consignar su nombre completo; de ser realizado por un Becado o Residente este ingreso deberá ser supervisado por un psiquiatra del turno, quien firmará y consignará su nombre completo en él, como supervisor y médico de Urgencia.

2.b. Evolución Médica de Urgencia

Las Evoluciones Médicas de los enfermos del Servicio de Urgencia serán registradas en las Hojas de Evolución

Médica, las cuales siempre llevarán el nombre completo del enfermo, su RUN y Número de Ficha Clínica.

Las Evoluciones Médicas de los enfermos del Servicio de Urgencia serán como mínimo una vez al día, en las primeras horas de la jornada. Dependiendo de la condición clínica del enfermo y de otras circunstancias que hagan necesario un mayor control del enfermo, se harán tantas evoluciones en las 24 horas, como la condición del enfermo lo requiera. A toda evolución se le anotará la fecha, hora y el lugar en que ésta se realizó, y el Médico pondrá su nombre completo y firma a cada una de ellas.

La Evolución Clínica que se haga con ocasión de indicar el traslado del enfermo a un Sector de Corta Estadía u otra Unidad, deberá registrar lo siguiente: la razón del traslado del enfermo a otra Unidad, los Diagnósticos del enfermo o Hipótesis Diagnósticas, las Indicaciones Farmacológicas, las Indicaciones Generales de Cuidado y las Indicaciones Según Riesgo Específico del enfermo (riesgo suicida, de agitación psicomotora, auto o heteroagresividad, fuga o respecto a cualquier otra situación especial de riesgo de ese enfermo. Esta Evolución de Traslado deberá llevar la fecha y la hora en que se realiza, el nombre completo del Médico de Urgencia, y su firma.

2.c. Hojas de Registro de Consentimientos Informados

El formulario será llenado por el Médico Tratante, en todos sus ítems, y se encargará que sea firmado en el mismo acto, por el enfermo y/o su apoderado o representante legal; además consignará su nombre completo y firma, según lo establezca el procedimiento clínico o de investigación a realizar.

2.d. Ingreso de Enfermería de Urgencia

El formulario de ingreso de Urgencia de Enfermería será llenado en todos sus acápites, se consignará la hora y lugar donde se realiza éste. El profesional pondrá su firma y nombre completo en él.

2.e. Evolución de Enfermería

Las evoluciones de Enfermería serán registradas siempre en la Hoja de Evolución de Enfermería de Urgencia y cada vez que se evolucione el enfermo se colocará la fecha, la hora y el lugar en que se encuentra éste, además del nombre completo y firma del profesional.

Las evoluciones de Enfermería serán efectuadas como mínimo una vez al día y, en el caso de ocurrencia de eventos adversos o situaciones especiales, tantas veces como la condición del enfermo lo amerite. Cada vez que se evolucione un enfermo, el profesional consignará la fecha, hora y lugar, y colocará su nombre completo y firma. En el caso que estos registros sean hechos por Internos de la Carrera, deberán especificar su condición, Universidad de la cual son alumnos, registrar su nombre y firma, y el profesional que los supervisa debe también consignar su nombre completo y firma.

2.f. Selección de Hojas de Evoluciones de Técnicos Paramédicos, con Registro de Situaciones Relevantes y Eventos Adversos

Las evoluciones de los Técnicos Paramédicos serán registradas en las hojas existentes para tal efecto; cada hoja debe llevar el nombre completo del enfermo, su RUN y número de Ficha Clínica. Las evoluciones deben consignar la hora, fecha y lugar en que se realiza la evolución al enfermo, así como el nombre completo y la firma del Técnico Paramédico.

El Profesional de Enfermería de Servicio de Urgencia hará la selección de las hojas que deben quedar archivadas en definitiva, en el expediente de la hospitalización, como ha de ser en el caso de ocurrencia de eventos adversos u otras situaciones especiales que hagan necesario conservar los registros por razones de tipo clínico, administrativas o que pueden ser de importancia judicial.

2.g. Antecedentes Sociales con Encuesta

Esta hoja será completada por el profesional en todos sus ítems, y pondrá su nombre completo y Firma.

Los informes y otros documentos elaborados por los Asistentes sociales se harán en papel tamaño carta,

escritos por ambos lados de cada hoja, y tendrán un formato estándar para todo el Instituto; en estos documentos se registrarán la fecha, Unidad o Servicio en que se encuentra el enfermo, nombre completo del enfermo, su RUN, y el nombre completo y firma del profesional.

3. Ingreso de Recepción de Sector de Corta Estadía o Unidad

3.a. Ingreso de Recepción de Sector o Unidad

Este documento ha de ser realizado en las primeras horas (tres a lo más) de llegado un enfermo a un Sector o Unidad, sea traslado del Servicio de Urgencia o un ingreso del Consultorio Adosado de Especialidades o haya sido trasladado de otro Sector de Corta Estadía o Unidad del Instituto, por la razón que hubiese sido. Este documento será completado por el Médico encargado de recepcionar al nuevo enfermo, sea un Becado o Residente, un Médico Tratante o el Residente de Turno, y llenado en todos sus ítems, sin dejar de consignar la Hora, Sector o Unidad, la firma y el nombre completo del Médico. Este documento será confeccionado, además, cada vez que el enfermo sea trasladado de una Unidad a otra durante su hospitalización; por eso su denominación es de Ingreso de Recepción.

3.b. Historia Clínica de Pacientes Hospitalizados

La Historia Clínica de Pacientes Hospitalizados será confeccionada por el Médico Tratante. En caso que el enfermo esté asignado a un Becado, deberá ser supervisado por un Médico Tratante o el Jefe de la Unidad o Sector (registrándose el nombre y la firma de este Supervisor).

En el Plan de Tratamiento quedará expresamente especificada la participación que tendrá cada miembro del Equipo Tratante en el estudio y tratamiento del enfermo, y todos quienes participen en este Equipo de Tratamiento del paciente deben consignar su nombre completo y firma en este documento.

3.c. Hoja de Registro de Cambio de Plan de Tratamiento

Esta hoja será llenada por el Médico Tratante y el Equipo Tratante del enfermo, cada vez que las condiciones evolutivas del enfermo o el surgimiento de consideraciones que permitan formular fundamentadamente un nuevo Diagnóstico o Hipótesis Diagnóstica, que hagan necesario adecuar el Plan de Tratamiento de manera considerable, de manera que resulte más apropiado

elaborar un Nuevo Plan de Estudio y Tratamiento. No se llenará esta hoja cuando los cambios en los tratamientos no sean de relevancia o no se deban a cambios en las consideraciones diagnósticas del enfermo por parte de su Médico tratante y Equipo.

3.d. Hojas de Registro de Consentimientos Informados

El formulario será llenado por el Médico Tratante en todos sus ítems, y se encargará de que sea firmado en el mismo acto por el enfermo, su apoderado o representante legal; además consignará su nombre completo y firma.

3.e. Evolución Médica

La Evolución Médica de los enfermos recién ingresados será realizada diariamente en la primera semana, al menos tres veces por semana la segunda semana. Posteriormente las evoluciones médicas no podrán ser menos de dos veces por semana.

En todo caso, en determinados enfermos y dependiendo de las condiciones médicas de éstos, los controles serán más frecuentes, situación que ha de quedar claramente registrada en la Evolución Médica y con los fundamentos correspondientes que justifican esta medida.

En otros enfermos los controles podrán ser más espaciados, pero en la evolución médica debe quedar un registro de esta medida, así como los fundamentos que la justifican. Esta situación será revertida por cualquier médico que le corresponda controlar a este enfermo en alguna situación especial al que ha sido llamado ha intervenir, o por su propio Médico, en caso que hayan variado las condiciones que justificaban esta modalidad de evolución.

3.f. Hojas de Registro de Consentimientos Informados

El formulario será llenado por el Médico Tratante en todos sus ítems y se encargará de que sea firmado en el mismo acto por el enfermo, su apoderado o representante legal; además consignará su nombre completo y firma.

3.g. Registro de Exámenes de Laboratorio e Imágenes

Los resultados de los exámenes serán registrados en la hoja de Registro de Exámenes; al momento del alta del enfermo se le entregarán los originales de los exámenes. Excepcionalmente se dejará fotocopia del informe de un examen, si hay una especial condición que sea conveniente.

3.h. Ingreso de Enfermería de Hospitalizados

Este documento será llenado en todos sus acápite por el profesional, consignará siempre la fecha, lugar y hora en que se realiza este Ingreso, y consignará su nombre completo y firma.

3.i. Evolución de Enfermería

Las evoluciones de Enfermería serán registradas siempre en la Hoja de Evolución de Enfermería que corresponde y cada vez que se evolucione el enfermo se colocarán la fecha, la hora y el lugar en que se encuentra el enfermo, además del nombre completo y firma del profesional.

Las evoluciones de Enfermería serán efectuadas tantas veces como la condición del enfermo lo amerite y en el caso de ocurrencia de eventos adversos o situaciones especiales, toda vez que se evolucione un enfermo, el profesional consignará la fecha, hora y lugar, además de colocar su nombre completo y firma. En el caso que estos registros sean hechos por Internos de la Carrera, deberán especificar su condición, Universidad de la cual son alumnos, registrar su nombre y firma; el profesional que los supervisa debe también consignar su nombre completo y firma.

3.j. Selección de Hojas de Evoluciones de Técnicos Paramédicos con Registro de Situaciones Relevantes y Eventos Adversos

Las evoluciones de los Técnicos Paramédicos serán registradas en las hojas existentes para tal efecto, cada hoja debe llevar el nombre completo del enfermo y su RUN y número de Ficha Clínica; las evoluciones deben consignar la hora, fecha y lugar en que se realiza la evolución al enfermo, así como el nombre completo y la firma del técnico Paramédico.

El Profesional de enfermería del Sector de Corta Estadía o Unidad hará la selección de las hojas que deben quedar archivadas en definitiva, en el expediente de la hospitalización, como ha de ser en el caso de ocurrencia de eventos adversos u otras situaciones especiales que hagan necesario conservar los registros por razones de tipo clínico, administrativas o que pueden ser de importancia judicial.

3.k. Hoja de Atención y Actividades de Psicología

Esta hoja será completada por el profesional en todos sus ítems, y pondrá su nombre completo y Firma. En caso de que estas hojas sean hechas por un profesional

en pasantía, deberá indicarse la Universidad o Institución respectiva, así como llevar el nombre completo y la firma del profesional que ha hecho de supervisor.

3.l. Evolución de Psicología

Las evoluciones de los enfermos y registro de terapias de estos profesionales se harán en la Hoja de Evolución de Psicología; toda hoja debe llevar el nombre, el RUN y número de Ficha clínica del enfermo, y cada evolución o registro en estas hojas debe llevar el nombre completo y la firma del profesional; de tratarse de un profesional en pasantía deberá registrar su nombre completo, firma, Universidad a que pertenece, además de llevar el nombre y la firma del profesional que lo supervisa.

3.ii. Registro Informes y de Pruebas de Psicología

Los informes y otros documentos elaborados por los Profesionales Psicólogos se harán en papel tamaño carta, escritos por ambos lados de cada hoja, y tendrán un formato estándar para todo el Instituto. En estos documentos se registrará la fecha, Unidad o Servicio en que se encuentra el enfermo, nombre completo del enfermo, su RUN, y el nombre completo y firma del profesional.

En caso de que estos informes sean hechos por alumnos en práctica o profesionales en pasantía, deberá indicarse la Universidad o Institución respectiva, así como llevar el nombre completo y la firma del profesional que ha hecho de supervisor.

3.m. Hoja de Atención y Actividades de Servicio Social

Esta hoja será completada por el profesional en todos sus ítems, y pondrá su nombre completo y Firma. En caso de que estas hojas sean hechas por un profesional en pasantía, deberá indicarse la Universidad o Institución respectiva, así como llevar el nombre completo y la firma del profesional que ha hecho de supervisor.

3.n. Evolución de Servicio Social

Las evoluciones de los enfermos por parte de estos profesionales se harán en la Hoja de Evolución de Servicio Social. Toda hoja debe llevar el nombre, el RUN y número de Ficha Clínica del enfermo y cada evolución o registro en estas hojas debe llevar el nombre completo, y la firma del profesional; de tratarse de un profesional en pasantía deberá registrar su nombre completo, firma, Universidad o Institución a la que pertenece, además de llevar el nombre y la firma del profesional que lo supervisa.

3.ñ. Registro de actividades e intervenciones de Servicio Social

Los informes y otros documentos elaborados por los Profesionales de Servicio Social se harán en papel tamaño carta, escritos por ambos lados de cada hoja, y tendrán un formato estándar para todo el Instituto; en estos documentos se registrarán la fecha, Unidad o Servicio en que se encuentra el enfermo, nombre completo del enfermo, su RUN, y el nombre completo y firma del profesional.

En caso de que estos informes sean hechos por alumnos en práctica o profesionales en pasantía, deberá indicarse la Universidad o Institución respectiva, así como llevar el nombre completo y la firma del profesional que lo ha hecho de supervisor.

3.o. Hoja de Atención y Actividades de Terapia Ocupacional

Esta hoja será completada por el profesional en todos sus ítems, y pondrá su nombre completo y firma. En caso de que estas hojas sean hechas por un profesional en pasantía, deberá indicarse la Universidad o Institución respectiva, así como llevar el nombre completo y la firma del profesional que ha hecho de supervisor.

3.p. Evolución y Registro de Actividades de Terapia Ocupacional

Las evoluciones de los enfermos por parte estos profesionales se harán en la Hoja de Evolución de Terapia Ocupacional. Toda hoja debe llevar el nombre, el RUN y número de Ficha Clínica del enfermo y cada evolución o registro en estas hojas debe llevar el nombre completo y la firma del profesional; de tratarse de un profesional en pasantía, deberá registrar su nombre completo, firma, Universidad o Institución a la que pertenece; además deberá llevar el nombre y la firma del profesional que lo supervisa.

3.q. Registro de Informes y Evaluaciones de Terapia Ocupacional

Los informes y otros documentos elaborados por los Profesionales de Terapia Ocupacional se harán en papel tamaño carta, escritos por ambos lados de cada hoja, y tendrán un formato estándar para todo el Instituto; en estos documentos se registrarán la fecha, Unidad o Servicio en que se encuentra el enfermo, nombre completo del enfermo y su RUN, y el nombre completo y firma del profesional.

En caso de que estos informes sean hechos por alumnos en práctica o profesionales en pasantía, deberá indicarse la Universidad o Institución respectiva, como asimismo deberá llevar el nombre completo y la firma del profesional que lo ha hecho de supervisor.

4. Archivo de otros Documentos

- 4.a. Oficios de Juzgados y Fiscalía
- 4.b. Resoluciones de internación de la Autoridad Sanitaria
- 4.c. Interconsultas y otros documentos GES
- 4.d. Otras Interconsultas con información (Respuesta)
- 4.e. Otros documentos relevantes

Estos documentos, de no venir en tamaño carta, serán fotocopiados en tamaño carta, para evitar que sobresalgan y se deterioren.

Formato de Historia Clínica y de las diversas Hojas de Registro

En esta publicación no se incluyen las diversas hojas diseñadas para el registro de las actividades asistenciales, por razones de espacio.

Supervisión del cumplimiento de esta Normativa

El cumplimiento estricto de esta normativa es deber y obligación de todo el personal clínico del Instituto, del personal administrativo (autorizado) que realiza alguna función en relación con la Ficha Clínica de los Enfermos del Instituto Psiquiátrico.

Las jefaturas deberán velar por el cumplimiento de esta Normativa por ser funcionarios, realizando actividades de supervisión del cumplimiento de ella.

Cualquier documento diseñado para ser usado en la Ficha Clínica de los enfermos de este Instituto debe

ser autorizada por una resolución de la Dirección, previa revisión por parte de la subdirección médica y de otra Unidad que pudiere existir en el Instituto y que tenga que ver con la gestión del uso clínico propiamente, control y supervisión de la Ficha Clínica.

Realizarán actividades de inducción de la Normativa a los nuevos funcionarios y de reforzamiento a los antiguos con una periodicidad conveniente.

El cumplimiento y respeto de esta normativa, por el personal del Instituto cuyo trabajo tiene relación con la ficha clínica de los enfermos, debe reflejarse en las calificaciones de éstos.

Las faltas administrativas en relación con el manejo de la Ficha Clínica serán investigadas administrativamente y sancionadas según corresponda.

Las faltas o delitos que se cometan respecto a no respetar lo que la Ley determina en relación con el uso de los registros clínicos de los enfermos o personas, serán juzgados por los Tribunales Competentes.

Glosario

No se incluye en esta publicación por razones de espacio.

REFERENCIAS

1. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, Minsal, 2009
2. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de atención Psiquiátrica Cerrada, Minsal, 2010
3. Informe N° 231/09, de la Contraloría General de la República, publicado con fecha 9 de marzo de 2010 en la página Web de esta Institución, www.contraloria.cl
4. Diario Oficial, Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan. 14 de julio del año 2000
5. Céspedes R. Resultados de una Auditoría de Fichas Clínicas de los Egresos del Año 2008 del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak": Las Epicrisis, Rev GPU 2011; 2: 214-220
6. Céspedes R. Resultados de una Auditoría de Fichas Clínicas de los Egresos del año 2008 del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak": La ficha clínica, la historia clínica (Sectores de Corta Estadía) Por publicar