

Estandarización del formato y confección de la Historia Clínica de Internación en el Hospital General De Niños Pedro de Elizalde y baremo para su evaluación

Casella EL¹, Díaz CV¹, Sánchez HA¹, Barrera MA¹, Bonfil AR¹, Moradei Brown CB¹, Sgrignieri SM¹

Resumen

Se presenta la estandarización diseñada para el formato y la confección de la historia clínica de internación del Hospital Elizalde. Se detalla de cada formulario dónde se origina, quién es responsable de su confección, sus contenidos mínimos y el método para su evaluación. Para esto último se utiliza un baremo diseñado para adaptarse a la estandarización establecida que se muestra al final.

Palabras clave: Historia Clínica. Auditoría. Evaluación de Registros. Baremos.

Abreviaturas usadas

ECG: Electrocardiograma.
 EEG: Electroencefalograma.
 TAC: Tomografía Axial Computada.
 UTI: Unidad de Terapia Intensiva.
 UTIM: Unidad de Terapia Intermedia.
 CCV: Cirugía Cardiovascular.

Introducción

Durante los últimos meses de 2010 la División Coordinación y Arancelamiento del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, por delegación del Comité de Historias Clínicas, llevó a cabo un exhaustivo análisis de cuestiones formales y de fondo del modelo de historia clínica en uso hasta ese momento, el que a lo largo de los años fue sufriendo ajustes parciales y en algunos casos informales.

De este estudio surgió una serie de modificaciones tanto fundamentadas como consensuadas que dieron como resultado la actual estandarización de la historia clínica, en vigencia desde enero de 2011. Paralelamente se confeccionó un baremo de evaluación que se va detallando en cada ítem.

Se presentan a continuación los detalles más relevantes de dicha estandarización y de la evaluación que lleva a cabo esta División mediante un baremo que se presentará al final.

Hojas de la Historia Clínica

Cuestiones Generales

Una de las dificultades habituales presentes en el análisis de los registros clínicos es el muy variable grado de legibilidad que presentan, normalmente sesgado hacia el extremo de la ilegibilidad.

Para esta cuestión la División Coordinación y Arancelamiento considera a la legibilidad como la propiedad intrínseca de un escrito tal que una persona de intelecto normal, lúcida y con instrucción primaria o equivalente pueda **reconocer de manera inmediata los caracteres gráficos del escrito** sea a nivel letra, sílaba, palabra o frase, aunque no comprenda su significado.

Por ello, es deseable la historia clínica informatizada, que por supuesto evita este problema. Hasta tanto se implemente, ya se está haciendo la EPICRISIS DIGITALIZADA provista por este Servicio al CEM 6 y se espera extender a otros servicios.

Por otra parte, todo formulario que forme parte de la historia clínica (hojas estandarizadas, informes, ECG, imágenes, etc.) debe tener escrito apellido y nombre del paciente, número de historia clínica, sala y cama de internación. Todo el personal debe concientizarse de que la separación de un formulario de la historia clínica que no contenga estos datos se extraviará de manera inevitable, lo que es equivalente a que nunca hubiera sido confeccionado, con las consecuencias asistenciales, administrativas y legales correspondientes.

1. Hoja de Guardia

Este formulario es provisto por la Oficina de Admisión y Egresos (A y E) al momento de realizar el trámite de internación.

Debe ser confeccionada en cada ingreso del paciente a cualquier sala de internación (Sector internación de Guardia, sala de Clínica, Terapia Intensiva e Intermedia, Neonatología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General y especialidades quirúrgicas).

El responsable de su confección es el médico que indique la internación: pediatra clínico, terapeuta, neo-

¹División Coordinación y Arancelamiento del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Dirección postal: Dra. Elsa Casella. Jefa División Coordinación y Arancelamiento del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Av. Manuel Augusto Montes de Oca 40, 3^{er}. piso del Pabellón de Internación. C1270AAN. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. E-mail: elizalde_auditoria@buenosaires.gov.ar

¹ Nombre con el que se designa en el hospital a la infraestructura edilicia correspondiente a una sala de internación y estructuralmente a una unidad de internación. Es el acrónimo de Cuidados Especiales y Moderados.

natólogo, recuperador cardiovascular, jefe de sección de guardia de cirugía de día, especialista que indica la internación, etc.

Además, aunque no se trata propiamente de un componente de la historia clínica –aunque sí del Legajo Clínico– se recuerda que todo ingreso debe registrarse obligatoriamente en el Libro de Guardia, aunque sea una internación programada.

Evaluación:

- Completa: incluye encabezamiento completo, motivo de internación, examen físico, diagnóstico presuntivo, tratamiento, firma y aclaración del médico que indica la internación y del Jefe de Unidad de día de Guardia y totalmente legible.
- Incompleta: faltante de al menos uno de los anteriores.
- Ausente: no presencia del formulario.

2. Cuadernillo de cuatro páginas de historia clínica de ingreso y hoja de resumen y comentario.

Provistos por la Oficina de A y E al momento de realizar el trámite de internación.

Debe ser confeccionado en todo ingreso o reingreso por el médico que recibe al paciente en la sala de internación correspondiente.

Es responsable de su confección el médico tratante.

Evaluación:

- Ausente: no presencia del cuadernillo y hoja de resumen y comentario en internaciones de primera vez. Ausencia de hoja de resumen y comentario en reingresos.
- Completo: presencia de cada uno de los puntos mencionados a continuación.
 - Motivo de internación.
 - Enfermedad actual.
 - Antecedentes.
 - Plan de estudio.
 - Examen físico: se considera completo si mínimamente cuenta con: peso, signos vitales: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura.
 - Diagnóstico.
 - Tratamiento.
 - Firma y aclaración.

Cada uno de los ítems recibirá puntaje individual.

3. Evolución diaria

Disponibles en cada unidad de internación.

Debe registrarse al menos una evolución por día, aún en días de fin de semana y feriados. La actualización de la evolución de todos los pacientes todos los días es el único mecanismo que certifica el cumplimiento del deber de asistencia, que es el primer deber de los médicos. La ausencia del asiento correspondiente significa literalmente “Hoy no atendimos al paciente”. En lo que se refiere a la factura-

ción de prestaciones a obras sociales y afines esto deriva en el débito del importe correspondiente a los días sin registro de actualización. En el aspecto judicial, por una parte cae dentro del incumplimiento de los deberes a cargo, y por otro lado queda incompleto el registro de las transacciones del contrato entre el usuario y el prestador.

Es responsable en días hábiles el jefe de la unidad de internación correspondiente y en fin de semana y feriados el Jefe de Guardia del día o el profesional en quien se delegue dicha tarea.

Evaluación:

- Ausente: se considera cuando están evolucionados menos de la mitad de los días de internación.
- Presente sin formato: cuando se encuentren evolucionados la mitad o más de los días de internación sin formato.
- Presente con formato: cuando se encuentren evolucionado la mitad o más de los días de internación con formato.
- Completa con formato: se considera cuando están evolucionados todos los días de internación con formato y totalmente legible.
- Considérese formato a la presencia de encabezamiento, diagnóstico, tratamiento, examen físico, firma y aclaración del médico de planta responsable.

4. Hoja de interconsultas

Disponibles en cada sala de internación.

Debe ser confeccionada por el o los médicos tratantes y firmada por el Jefe de Sala, completada y firmada por el interconsultor cuando efectiviza la interconsulta (ver FORMULARIOS para su evaluación).

5. Consentimiento informado

Provisto por la oficina de A y E al momento de realizar el trámite de internación.

Debe ser confeccionado por duplicado en todo ingreso por el médico tratante y refrendado por el Jefe de Unidad de Internación.

Debe quedar un ejemplar en el archivo del Jefe de Unidad de Internación. Es responsable el Jefe de Unidad de Internación.

Recuérdese que este formulario es de confección obligatoria de acuerdo con la Resolución 356/09/MSGC, por lo que su incumplimiento –aparte de las cuestiones relativas a responsabilidad profesional– es pasible de sanciones administrativas.

Evaluación:

- Ausente, incompleto o ilegible.
- Completo: debe presentar datos filiatorios del paciente, práctica propuesta, efectos adversos de la práctica propuesta, firma de médico tratante, jefe de unidad, firma y aclaración de padre o madre y testigo.

6. Clínicograma y

7. Laboratoriograma

Disponibles en cada unidad de internación.

Debe ser confeccionado según criterio del médico tratante y su respectivo Jefe.

Evaluación

- Ausente.
- Completo.

8. Hoja para pegar informes originales de laboratorio

Disponible en cada sala de internación.

Se deben colocar en forma cronológica. Es responsable el médico tratante.

Evaluación: ver FORMULARIOS

9. Informes de estudios y prácticas complementarios

Se refiere a informes de ecografía, ecocardiografía, ECG, EEG, estudios neurofisiológicos, etc.

Los informes de TAC se emitirán por duplicado, uno para el paciente y otro para la historia clínica.

Es responsable el médico tratante.

Evaluación: ver FORMULARIOS

10. Indicaciones médicas

Disponible en cada sala de internación.

Debe constar al menos un registro por día, aún en días de fin de semana y feriados.

Es responsable en días hábiles el jefe de la unidad de internación correspondiente y en fin de semana y feriados el Jefe de Guardia del día.

Su actualización todos los días en todos los pacientes tiene los mismos motivos que en el caso de la EVOLUCIÓN DIARIA.

Evaluación:

- Ausente: Se considera la presencia de menos de la mitad de días de indicaciones.
- Presente sin formato: se considera la presencia de más de la mitad de días de indicaciones que no cumplen el formato. Considérese formato la presencia de nombre y apellido del paciente, fecha, indicaciones, firma y aclaración.
- Presente con formato: presencia de más de la mitad de días de indicaciones con formato.
- Completa con formato: todos los días de indicaciones con formato y totalmente legible.

11. Hojas de enfermería

Disponible en cada unidad de internación.

Debe constar al menos un registro por turno con firma y aclaración, aún en días de fin de semana y feriados.

Es responsable la Supervisora de Enfermería de turno.

Evaluación:

- Ausente. Se considera la presencia de menos de la mitad de días de evolución de enfermería.
- Presente sin formato: se considera la presencia de más de la mitad de días de evolución de enferme-

ría que no cumplen el formato. Considérese formato la presencia de nombre y apellido del paciente, fecha, evolución de enfermería, firma y aclaración.

- Presente con formato: presencia de más de la mitad de días de evolución de enfermería con formato.
- Completa con formato: todos los días de evolución de enfermería con formato y totalmente legible.

12. Protocolo quirúrgico

Disponible en quirófano y en cada sala de internación.

Debe confeccionarse en:

- Toda intervención quirúrgica.
- Todo procedimiento que requiera anestesia general (fondo de ojo, TAC, endoscopías, punciones) o local.
- Hemodinamias.

Es responsable el especialista interviniente.

Evaluación: Ver FORMULARIOS.

13. Protocolo anestésico

Disponible en quirófano.

Debe confeccionarse en:

- Toda intervención quirúrgica.
- Todo procedimiento que requiera anestesia general (fondo de ojo, TAC, endoscopías) o regional.
- Hemodinamias.

Es responsable el anesthesiólogo interviniente.

14. Hoja de egreso

En dos ejemplares provistos por la oficina de A y E al momento de realizar el trámite de internación.

Debe confeccionarse por duplicado por el médico tratante, será entregado un ejemplar al paciente y el otro debe quedar en la historia clínica.

Este formulario es similar al Consentimiento Informado en el sentido de que su confección es obligatoria según lo estipula el artículo 4° inciso (d) de la Ley 153 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley de Salud de la CABA).

Evaluación: ver FORMULARIOS.

15. Hoja de epicrisis

Provista por la oficina de A y E al momento de realizar el trámite de internación.

Debe ser confeccionada por el médico tratante.

Comprende la síntesis de todas las prestaciones desde el ingreso al hospital hasta su egreso.

Si estuvo internado en distintas salas y están confeccionados los formularios de PASE DE SALA correspondientes se aceptará referencia a éstos como parte de la EPICRISIS.

Es responsable el médico tratante y refrendado por el Jefe de Unidad de Internación.

Evaluación:

- Ausente.

BAREMO DE EVALUACIÓN			
Formulario a evaluar	Ítems a evaluar	Puntajes por ítem	Total de formulario
HOJA DE GUARDIA	Ausente	0	
	Incompleto	3	
	Completo	6	6
INGRESO A SALA	Ausente	0	
	Motivo de internación	1	
	Enfermedad actual	1	
	Antecedentes	1	
	Plan de estudio	1	
	Examen físico	1	
	Diagnóstico	1	
	Tratamiento	1	
	Firma y aclaración	1	
	Completo	8	8
	EVOLUCIÓN DIARIA	Ausente	0
Presente sin formato		5	
Presente con formato		15	
Completa con formato		30	30
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Ausente, Incompleto o ilegible	0	
	Completo y legible	8	8
INDICACIONES MÉDICAS	Ausente	0	
	Presente sin formato	2	
	Presente con formato	4	
	Completo con formato	8	8
HOJAS DE ENFERMERÍA	Ausente	0	
	Presente sin formato	2	
	Presente con formato	4	
	Completa con formato	8	8
EPICRISIS	Ausente	0	
	Incompleta	7	
	Completa y legible	15	15
CLÍNICOGRAMA	Ausente	0	
	Completo	5	5
LABORATORIOGRAMA	Ausente	0	
	Completo	4	4
FORMULARIOS	AUSENTE	0	
	Presente incompleto	2	
	Presente completo	4	4
LEGIBILIDAD	Se evalúa en cada ítem		
ORDEN	No	0	
	Si	4	4
CALIFICACIÓN			
Muy Bien	91 a 100 puntos		
Bien	81 a 90 puntos		
Regular	61 a 80 puntos		
Mal	60 puntos o menos		

ACLARACIÓN: La calificación de calidad difiere de la calificación usualmente aplicada a los conocimientos, de ahí la diferencia de puntaje asignado a cada categoría.

- Incompleto: ausencia de alguno de los ítems considerados abajo.
- Completo: presencia de datos del paciente, número de historia clínica, motivo de internación, diagnóstico, exámenes complementarios realizados, interconsultas realizadas, tratamiento instituido con dosis de medicación y tiempo de uso, firma y aclaración de médico y jefe de servicio.

16. Hoja pase de sala

Disponible en cada sala de internación.

Debe confeccionarse ante todo pase de sala, a saber: desde o hacia Clínica, UTI, UTIM, CCV, Neonatología, Cirugía.

Es responsable el médico que indica el pase de sala.

17. Formularios

Se incluyen dentro de éste ítem:

- Parte quirúrgico, debe ir acompañado de parte anestésico ineludiblemente.
- Parte anestésico.
- Informe de estudios de laboratorio.
- Informe de estudios de imágenes.
- Informe de estudio de diagnóstico complementario (biopsia, hemodinamia, protocolo de alergia, etc.)
- Interconsultas.

Evaluación:

- Ausente: teniendo documentada alguna intervención quirúrgica, no presente parte quirúrgico o anestésico. Presencia de menos de la mitad de número de formularios que debieran estar según las prestaciones documentadas en la evolución.
- Presente incompleto: presencia de más de la mitad de número de formularios que debieran estar según las prestaciones documentadas en la evolución en formato completo [Se define completo a la presencia de encabezado (nombre y apellido del paciente, número de historia de clínica) cuerpo del formulario, firma y aclaración del profesional actuante].
- Presente completo: presencia de todos los formularios requeridos con formato completo.

18. Hoja de verificación

Disponible en cada unidad de internación.

La confecciona el secretario de sala y la refrenda en jefe de la misma.

Esta hoja nueva se incorporó a las historias clínicas de internación para facilitar a los secretarios de sala y al jefe de sala el control de cumplimiento de todos los ítems antes enunciados.

No se evalúa su confección por no tener carácter asistencial ni legal.

Bibliografía:

1. **Aranguren EA, y Rezzónico RA:** Auditoría Médica. Garantía de Calidad en la Atención de la Salud. Centro Editor de la Fundación Favalaro, Buenos Aires, 1999.
2. **Feld S, Rizzi CH y Goberna A:** El Control de la Atención Médica. López Libreros Editores, Buenos Aires, 1978.
3. **Ley 153 de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires** (Ley de Salud de la CABA).
4. **Ley Nacional 26529** (Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud).
5. **Resolución 356/09/MSGC.** Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Consentimiento Informado).