

 Liceo José Victorino Lastarria

 Rancagua

 “*Formando Técnicos para el mañana”*

Unidad Técnico-Pedagógica

 EU Docente: María Paz González

 **Guía Sistemas de Registro: Ficha Clínica Hospitalaria**

**NIVEL:** 3ero medio c y d

**OA 6:** Registrar información, en forma digital y manual, relativa al control de salud de las personas bajo su cuidado, y relativa a procedimientos administrativos de ingreso, permanencia y egreso de establecimientos de salud o estadía, resguardando la privacidad de las personas.

**Clase N°3 semana del 30 de Marzo al 03 de Abril**

***Objetivo de la clase****: Conocer la estructura y modo de construcción de la ficha clínica hospitalaria e identificar el nivel de comprensión de parte de los alumnos respecto a la importancia de la correcta información en los registros.*

**Contenidos Básicos de la Ficha Clínica Hospitalaria:** en formato de papel, es la carpeta que contiene toda la información del paciente. Consta de varias secciones:

* En la portada se identifica al paciente: nombre, número de identificación (RUT), dirección, tipo de previsión, etc. También puede ser un buen lugar para destacar aspectos específicos como la existencia de alguna alergia (por ejemplo, alergia a la penicilina).
* Luego van archivadas las hospitalizaciones y consultas según fecha de ocurrencia.
* Si la información se refiere a una hospitalización se va a encontrar:

- el ingreso del paciente (con la historia clínica o anamnesis, antecedentes y examen físico).

- los diagnósticos.

- las evoluciones de cada día con sus indicaciones (a veces, las indicaciones se dejan en otra hoja que se ubica en un tablero a los pies de la cama del paciente, y que al momento del alta se deben archivar en la ficha).

- los exámenes. -la epicrisis (o resumen de egreso).

- las hojas del Servicio de Estadísticas.

- hojas de enfermería (por ejemplo, la curva de registro de temperatura y signos vitales).

* Cuando el paciente se va a su casa, se efectúa la **EPICRISIS**, que es un resumen de lo más importante de la hospitalización (esto evita tener que revisar cada vez toda la información generada durante la hospitalización).
* También en ese momento se completa la hoja del Servicio de Estadísticas (principalmente los diagnósticos, fecha del egreso, nombre el médico responsable).

***Ejemplo de identificación de una ficha clínica de papel:***

Número de Ficha Clínica



-Nombre completo del paciente

-Número de identificación o RUT

Identificación de la Institución de salud

**Contenido mínimo de una Ficha Clínica:**

1. **Ingreso Médico** (Historia Clínica General u Hospitalización)

**Responsable de su completación:** Médico tratante o médico residente, según corresponda.

***Datos que debe poseer:***

* Fecha y Hora de la atención.
* Datos personales del paciente: Nombre y apellidos, RUN, edad o fecha de nacimiento.
* Anamnesis remota (Antecedentes médicos, quirúrgicos, obstétricos, reacciones adversas a
* medicamentos, otros. Detallar lo pertinente).
* Anamnesis próxima o enfermedad actual.
* En caso de pacientes pediátricos registrar antecedentes familiares, conformación del grupo
* familiar y evaluación de desarrollo psicomotor.
* Estado nutricional.
* Examen físico general y segmentario, detallado en lo pertinente (incluye signos vitales).
* Hipótesis diagnóstica(s).
* Indicaciones y/o tratamientos farmacológicos (sin abreviaciones o siglas).
* Exámenes y/o procedimientos solicitados si corresponde.
* Clasificación de riesgo de Enfermedad Tromboembólica en pacientes quirúrgicos.
* Nombre del Médico responsable que realiza la atención y/o efectúa el registro, y firma si
* corresponde.
1. **Hoja de Ingreso de Enfermería o Matronería, paciente hospitalizado**

**Responsable: Enfermero o Matrón.**

* Nombre y apellidos del paciente.
* Edad.
* RUN.
* Teléfono de contacto de tutor o familiar.
* Fecha y hora de atención.
* Lugar de derivación.
* Diagnóstico Médico.
* Valoración física, incluir dispositivos.
* Situación funcional.
* Alteraciones de actividades (sueño, eliminación, entre otros)
* Observaciones.
* Nombre y apellido de responsable, y firma si corresponde.
1. **Protocolos operatorios:**

**Responsable: Médico Cirujano que realiza el procedimiento.**

* Nombre del paciente y sus apellidos.
* Nº RUN de paciente. Opcional N° Historia Clínica o DAU
* Fecha de intervención.
* Identificación del cirujano (nombre y apellido).
* Identificación del ayudante (si corresponde) (nombre y apellido).
* Identificación de la arsenalera(o). (nombre y apellido).
* Diagnóstico pre y post operatorio.
* Descripción de la intervención. Debe incluir:
* Intervención quirúrgica realizada.
* Tipo de intervención: Urgencia o electiva.
* Material quirúrgico empleado y recuento de compresas.
* Riesgo de enfermedad tromboembólica.
* Re-intervención si es que hubo.
* Clasificación de herida operatoria.
* Nombre y apellido del cirujano que realiza protocolo quirúrgico, firma si
* corresponde.
1. **Protocolo de Anestesia:**

**Responsable: Médico anestesista que otorga la anestesia.**

* Fecha de intervención.
* Datos del paciente (nombre y apellidos, edad).
* Nº RUN de paciente. Opcional N° Ficha Clínica o DAU
* Diagnóstico pre y post operatorios.
* Intervención realizada.
* Identificación del cirujano (nombre y apellido).
* Identificación y firma del anestesista (nombre y apellido).
* Identificación del auxiliar de anestesia (nombre y apellido).
* Vías periféricas, línea arterial si corresponde.
* Uso de sondas nasogástrica y/o sonda Foley si corresponde.
* Ventilación (espontánea o mecánica).
* Nivel de bloqueo, si corresponde.
* Inicio y fin de la isquemia, si corresponde.
* Evaluación Pre anestésica según Protocolo vigente.
* Tabla de medicamentos y soluciones intravenosas.
* Tabla de gasometría, signos vitales, diuresis, medición de Presión Venosa Central (si corresponde.
* Tabla balance hídrico, si corresponde. En paciente Recién Nacido, obligatorio.
* Evaluación post anestésica.
* Escala Visual Análoga de dolor (EVA).
* Evaluación grado bloqueo motor de extremidades inferiores, si corresponde.
* Destino post intervención, según corresponda.
* Hora salida de la unidad.
* Autorización de salida del paciente por el anestesista.
1. **Evolución diaria de pacientes hospitalizados**

**Responsable: Médico tratante o médico residente, otros profesionales o técnicos según**

**corresponda.**

* Fecha y Hora de cada visita.
* Signos vitales, según corresponda.
* Evolución clínica y examen físico pertinente.
* Exámenes, procedimientos solicitados y/o realizados, según corresponda.
* Interconsultas solicitadas y/o realizadas.
* Indicaciones y/o plan de tratamiento farmacológico (sin abreviaciones o siglas).
* Alta médica, administrativa, voluntaria o disciplinaria.
* Nombre del profesional responsable que realiza el registro, y firma si corresponde.
1. **Registro diario de Enfermería o Matronería**

 **Responsable: Profesionales y Técnicos.**

* Fecha.
* Nombre y apellidos. En caso de paciente neonatal registrar RN apellido Paterno/Materno o
* Materno/Materno.
* Edad.
* En caso de paciente neonatal incluir edad cronológica y edad corregida.
* RUN.
* Sala/cama.
* Diagnostico Medico vigente.
* Indicación de Precauciones Adicionales.
* Identificación de CUDYR.
* Identificación de riesgos caídas y UPP/LPP.
* Signos vitales, según corresponda.
* Hora cada visita y/o atención.
* Seguimiento de dispositivos invasivos.
* Egresos (diuresis y deposiciones, otros).
* Tratamiento farmacológico y no farmacológico.
* Actividades, interconsultas o procedimientos pendientes.
* Exámenes tomados y procedimientos realizados.
* Examen físico y evolución de Enfermería y/o Matronería.
* Planificación y ejecución de los cuidados.
* Nombre y apellidos del responsable, firma si corresponde.
1. **Epicrisis Medica:**

**Responsable: Médico tratante o médico residente.**

* Identificación del paciente.
* Servicio Clínico.
* Fecha de ingreso y egreso.
* Diagnóstico de ingreso.
* Evolución clínica: Síntesis del cuadro clínico, exámenes, tipo de procedimientos (desglosar
* cada uno) o intervenciones realizadas y los hallazgos encontrados, tratamientos
* administrados (No emplear abreviaciones o siglas).
* Diagnóstico de Egreso Principal.
* Diagnóstico de Egreso Secundario.
* Indicaciones post-alta.
* Nombre del profesional responsable, y firma si corresponde.
1. **Registro de Alta Enfermería y enlace con APS**

**Responsable: Enfermera**

* Fecha.
* Nombre y apellidos. En caso de paciente neonatal registrar RN apellido
* Paterno/Materno o Materno/Materno.
	+ RUN.
	+ Sala/cama.
	+ Servicio.
	+ Destino
	+ Acciones de Enfermería previas al alta.
	+ Educaciones efectuadas.
	+ Información de documentos y otros entregados al paciente.
	+ Medicamentos entregados.
	+ Pertenencias, pendientes e informes entregados.
	+ Resumen derivación APS.
	+ Nombre, apellidos y firma de profesional responsable de egreso.
	+ Nombre, apellidos y firma de persona que retira al paciente.

**Actividad**

**Responda brevemente las siguientes preguntas:**

1. ¿Qué datos o información se repite con mayor frecuencia entre todos los componentes de una ficha clínica?
2. ¿Por qué cree Ud. que es importante la identificación y los datos completos del paciente en cada hoja del registro clínico? Si se supone que todas las hojas se archivan juntas y la información se encuentra en la tapa o portada de la ficha?
3. Si el médico hizo un procedimiento en un paciente, y Ud. lo acompaña y asiste en todo momento, ¿A quién le corresponde completar y firmar el registro clínico?