

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por su Familia y la Vida NIT: 892399994-5</p>	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	CÓDIGO	GE-MA-003
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación	FECHA	30/03/2023
		HOJA	Página 1 de 15

1. OBJETIVO:

Generar un instrumento con lineamientos claros para el diligenciamiento, administración, conservación y custodia de las historias clínicas que se elaboran en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, garantizando su integralidad, secuencialidad, disponibilidad, oportunidad y racionalidad científica.

2. ALCANCE:

El manual aplica para los documentos generados en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, desde el ingreso del paciente por cualquiera de los servicios prestados, hasta su custodia, archivo y disposición final, teniendo en cuenta las actividades relacionadas en los diferentes procesos.

3. MARCO LEGAL:

- ✓ **Ley 23 de 1981:** Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.
- ✓ **Resolución 1995 de 1999:** Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
- ✓ **Resolución 2546 de 1998:** Por la cual se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información de prestaciones de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- ✓ **Decreto 780 de 2016:** Compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, tiene como objetivo racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único.
- ✓ **Resolución 839 de 2017:** Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones
- ✓ **Resolución 3100 de 2019:** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud
- ✓ **Resolución 2015 de 2020:** por la cual se regula la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica - IHCE, a través de la cual se intercambiarán los elementos de datos clínicos relevantes, así como los documentos y expedientes clínicos del curso de vida de cada persona. A través de la Historia Clínica Electrónica se facilitará, agilizará y garantizará el acceso y ejercicio de los derechos a la salud y a la información de las personas, respetando el Hábeas Data y la reserva de esta.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida</p> <p>NIT: 892399994-5</p>	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	CÓDIGO	GE-MA-003
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación	FECHA	30/03/2023
		HOJA	Página 2 de 15

4. GLOSARIO:

Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos cinco años desde la última atención.

Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención. **Archivo Histórico** Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente. Condiciones de salud o estado de salud, datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud de la persona. **Confidencialidad Reserva** que debe mantener el grupo o equipo de salud respecto del estado de salud y a la condición misma de una persona para así garantizar el derecho a la intimidad.

Estado de Salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del paciente.

Equipo de Salud: Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínica asistencial directa del Paciente y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

Historia Clínica: es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.¹

Historia Clínica Electrónica: es el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, que se encuentra contenido en sistemas de información y aplicaciones de software con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y brindar herramientas para la utilización de la información refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normatividad vigente.²

Historia Clínica para Efectos Archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

¹ Resolución 1995 de 1999, Capítulo I, artículo 1. Definiciones.

² Ley 2015 de 2020, Capítulo I, artículo 2. Definiciones.

 NIT: 892399994-5	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	CÓDIGO	GE-MA-003
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación	FECHA	30/03/2023
		HOJA	Página 3 de 15

Interconsulta: Es el acto de remitir a un paciente, a otro profesional de la salud, para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, su tratamiento como su rehabilitación.

Nota Retrospectiva: Las notas retrospectivas en la historia clínica se refieren a los registros escritos que se realizan sobre eventos médicos que ya han ocurrido en el pasado. Estas notas pueden ser escritas por el médico u otro profesional de la salud después de la consulta con el paciente, y se utilizan para documentar la evolución del paciente, los resultados de las pruebas, los tratamientos y cualquier otro evento relevante que haya ocurrido desde la última visita del paciente.

Las notas retrospectivas pueden ser particularmente útiles en situaciones en las que la información puede haber sido omitida durante la consulta inicial, o si los resultados de las pruebas no estaban disponibles en ese momento

Es importante destacar que las notas retrospectivas deben ser precisas y objetivas, y deben incluir la fecha en que se escribieron para evitar confusiones. Además, deben estar firmadas y fechadas por el médico o profesional de la salud que las escribió para garantizar su autenticidad.

Interoperabilidad: capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. De este modo, la información es compartida y está accesible desde cualquier punto de la red asistencial en la que se requiera su consulta y se garantiza la coherencia y calidad de los datos en todo el sistema, con el consiguiente beneficio para la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.³

Consulta Especializada: incluye las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de prevención cuya naturaleza hace necesaria la intervención de médicos especialistas.

Secreto Profesional: Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. Toda persona que tenga acceso a la HISTORIA CLINICA o datos que formen parte de ella, deberá guardar el secreto profesional. La persona que divulgue información de la historia clínica a personas no autorizadas será sancionada. El código penal colombiano establece sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.

5. RESPONSABLES

Todo el talento humano asistencial de la ESE que realiza atención a los pacientes.

Profesional especializado del área de sistemas y apoyo tecnológico

Profesional especializado Estadísticas

Personal de áreas administrativas y financiera.

³ Ley 2015 de 2020, Capítulo I, artículo 2. Definiciones.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida</p> <p>NIT: 892399994-5</p>	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	CÓDIGO	GE-MA-003
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación	FECHA	30/03/2023
		HOJA	Página 4 de 15

6. POLÍTICAS DE OPERACIÓN:

- ✓ Todo paciente que ingrese a la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López debe realizarse historia clínica completa cumpliendo con las normas y regulaciones establecidas en la normatividad vigente; No se aceptaran excepciones de ningún tipo.
- ✓ Los registros en la historia clínica deben ser diligenciados en forma clara, orden cronológico, debe contener el registro de observaciones, conceptos, decisiones y resultados de cada una de las atenciones realizadas, hallazgos, recomendaciones y todas las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios registrando la fecha de atención
- ✓ La Subgerencia Científica de la institución debe reportar al área de Sistemas la vinculación del personal asistencial para la asignación y habilitación del usuario y clave de acceso al Sistema de Información Dinámica Gerencial para el acceso a la Historia Clínica Electrónica, según su rol.
- ✓ Para realizar los registros de historia clínica electrónica en el Sistema de Dinámica Gerencial se requiere previamente la apertura de un ingreso de usuario en el sistema, que es responsabilidad del área de admisiones.
- ✓ El personal asistencial es el responsable de realizar los registros en la historia clínica del paciente con el uso de sus credenciales de acceso al sistema (usuario y clave), las cuales son de uso personal e intransferible.
- ✓ El personal en formación no está autorizada para hacer registros en la historia clínica, solo los docentes. En caso de los internos, registran con el aval del médico especialista.
- ✓ Todo el personal asistencial y administrativo de la institución relacionado con el manejo de las historias clínicas son responsables de velar por su custodia y conservación.
- ✓ La Subgerencia Científica de la institución debe reportar al área de Sistemas sobre la desvinculación del personal asistencial para deshabilitar el usuario y clave de acceso al Sistema de Información Dinámica Gerencial – Historias Clínicas.
- ✓ Las historias clínicas generadas desde el Sistema de Información serán impresas únicamente en los casos de solicitud escrita del paciente, a las autoridades competentes según la normatividad vigente.
- ✓ La epicrisis del paciente se imprime al momento en que el médico tratante da el alta médica.
- ✓ El formato de la Historia clínica denominada NOTA ACLARATORIA debe ser usado para aclarar, corregir, complementar, ampliar notas médicas previas contenidas en las evoluciones o actos médicos realizados con anterioridad la cuales deben ser autorizadas por la subdirección científica en los casos que sea necesario realizar

 NIT: 892399994-5	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	CÓDIGO	GE-MA-003
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación	FECHA	30/03/2023
		HOJA	Página 5 de 15

apertura de historias después de liquidadas y en los casos que la nota se realice después del egreso del paciente.

- ✓ Es responsabilidad del equipo de salud revisar las notas aclaratorias para asegurar la continuidad del manejo del usuario y evitar reproceso de medicamentos, exámenes o cualquier otra solicitud.
- ✓ Las NOTAS RETROSPECTIVAS deben ser realizadas durante el turno donde se generó el evento con un tiempo máximo para la descripción de 6 horas.

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PARA EL MANEJO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

7.1. CARACTERÍSTICAS Y PRINCIPIOS DE LA HISTORIA CLINICA

De conformidad con lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, la Historia Clínica debe reunir las siguientes características:

- ✓ **Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- ✓ **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
- ✓ **Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.
- ✓ **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- ✓ **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	CÓDIGO	GE-MA-003
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación	FECHA	30/03/2023
		HOJA	Página 6 de 15

7.2. APERTURA DE LA HISTORIA CLINICA

La ESE Hospital Rosario Pumarejo de López cuenta con una historia clínica electrónica, su apertura se realiza al momento del ingreso del paciente, actividad que realiza el personal de Admisiones en el Sistema de Dinámica Gerencial Hospitalaria.

La identificación del paciente se hace con el nombre completo y el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años, para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería.

- En el caso en que no exista documento de identidad, se tiene en cuenta lo establecido en el numeral 5 del anexo técnico de la Resolución 4622 del 2016, “Especificaciones para la identificación excepcional y temporal”, se tiene en cuenta la asignación de identificación por parte de la ESE así: código del Departamento +Código del Municipio + letra por condición del paciente +consecutivo alfanumérico. La letra que se asigna según la condición del paciente es:
 - ✓ Menor y adulto sin identificación letra **S**
 - ✓ Menor y adulto Indígena sin identificación letra **I**
 - ✓ Menor y adulto habitante de la calle, letra **D**
 - ✓ Menor y adulto desplazado, letra **P**

En el área de Admisión Central (urgencias), se encuentra el libro donde se lleva el control de los consecutivos a asignar, por lo tanto, el área de asignación es el UNICO que puede asignar el número de identificación.

Cuando el paciente legaliza su identidad se realiza el traslado de documento de paciente en el sistema y se libera el código por el área de Archivo.

7.3. CONTENIDOS MINIMOS DE LA HISTORIA CLINICA

Se entiende por historia clínica completa aquella que incluye la Historia Clínica Médica y de Enfermería, en general debe contener la siguiente información:

- Datos generales del paciente.
- Datos y Motivo de consulta.
- Diagnósticos tentativos o definitivos.
- Revisión por sistemas.
- Antecedentes personales, familiares, alérgicos, ginecológicos, de medicamentos y hábitos.
- Anamnesis
- Examen físico completo el cual incluye siempre signos vitales (Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, peso, talla, temperatura, signos de dolor). Para historia clínica de mujeres, número de embarazos y fecha de última regla.
- Notas de Ingreso a los servicios de hospitalización.
- Planes de tratamiento.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por su Familia y la Vida NIT: 892399994-5</p>	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	CÓDIGO	GE-MA-003
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación	FECHA	30/03/2023
		HOJA	Página 7 de 15

- Conductas: orden de medicamentos (incluye conciliación de medicamentos), orden de laboratorios, ordenes de imagenología, interconsultas, remisiones.
- Notas de Evoluciones o controles, registro de interpretación de resultados de ayudas diagnósticas.
- Solicitud y respuesta de Interconsultas.
- Descripciones quirúrgicas (Cuando aplique)
- Proceso de Enfermería (Notas de Enfermería, plan de manejo, registro de actividades, control de líquidos, escalas, toma de signos vitales).
- Educación al paciente.
- Epicrisis o resumen de egreso.
- Consentimientos Informados.
- Anexos asociados a la atención del paciente.

7.4. SOPORTES DE LA HISTORIA CLINICA

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como:

- Autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), registró físico.
- Los reportes de Exámenes de ayuda diagnosticas se pueden visualizar por el software de apoyo ClearCanvas, y los informes se quedan cargados de manera digital en Dinámica Gerencial.
- Los reportes de exámenes de laboratorio clínico serán entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica.
- En los casos de reportes de imágenes diagnosticas el prestador de servicios es responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando existiere esta constancia firmada por el usuario, es este último el responsable de la conservación de estas.
- Los reportes de ayudas diagnosticas externas deben ser informados a la ESE a través del correo electrónico coor_facturacion@hrplopez.gov.co posteriormente deben ser incluidos a la historia clínica en el campo de resultados de procedimientos por el área encargada

7.5. DILIGENCIAMIENTO Y FORMATOS DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

La E.S.E. Hospital Rosario Pumarejo de López cuenta con un sistema de información para el manejo de la Historia Clínica Electrónica denominado Dinámica Gerencial.NET para lo cual, desde el área de Sistemas, previa solicitud de la Subgerencia Científica, se asigna un usuario y una clave de acceso y unos permisos de uso de acuerdo al rol asignado.

El módulo de historia clínica contiene los diferentes apartes para el registro de la atención del paciente:

Identificación del paciente: se debe registrar la información del paciente tal como número del documento de identidad del paciente, nombre, edad del paciente, sexo. Ingreso, cama, tipo de historia, finalidad de la consulta, tipo y número de folio.

	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	CÓDIGO	GE-MA-003
		VERSIÓN	001
		FECHA	30/03/2023
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación	HOJA	Página 8 de 15

Antecedentes Diagnóstico, en el cual registra el plan de manejo intrahospitalario:

- Plan de manejo externo: Esta opción permite registrar los medicamentos correspondientes a la atención del paciente de tipo ambulatorio.
- Solicitud de exámenes: Esta opción permite registrar los exámenes correspondientes a la atención del paciente
- Solicitud Procedimientos Quirúrgicos: Esta opción permite registrar los procedimientos quirúrgicos correspondientes a la atención del paciente.
- Solicitud Procedimientos No Quirúrgicos: Esta opción permite registrar los procedimientos NO quirúrgicos correspondientes a la atención del paciente.
- Solicitud Patologías: Esta opción permite registrar las patologías correspondientes a la atención del paciente
- Interconsulta: Esta opción permite acceder a las interconsultas y hacer el registro de ellas.
- Programación de procedimiento quirúrgico: esta opción permite realizar la programación de cirugía de acuerdo con las necesidades de cada uno de los servicios que intervienen.
- Consulta pre-anestésica: esta opción permite la descripción de la valoración por el servicio de anestesia, en los casos que sean requeridos

El manejo del Sistema de Información – módulo de Historias Clínicas se encuentra detallado en el **MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS.NET DINAMICA GERENCIAL**.

8. FORMATOS MEDICOS DE LA HISTORIA CLINICA

Para el registro de la atención del paciente en los servicios se tienen los siguientes registros de historia clínica electrónica, los cuales se realizan de acuerdo con el servicio donde es atendido el paciente.

- Historia clínica tamizaje auditivo neonatal
- Historia clínica de ingreso a uci pediátrica
- Historia clínica urgencias maternidad versión 2022
- Historia clínica funcional de optometría
- Historia clínica violencia sexual
- Historia clínica ingreso a uci
- historia urgencia médica y pediátrica >5 años
- historia clínica de colposcopia
- historia clínica gineco-obstétrica
- historia clínica del niño con desnutrición
- historia clínica urgencias maternidad
- historia clínica de ingreso a hospitalización
- historia clínica de ingreso programa madre canguro
- historia clínica psicológica
- historia clínica canguro intrahospitalario
- historia clínica consumo de oxígeno - óxido nítrico
- historia clínica para la prevención de ceguera por retinopatía de la prematuridad
- Historia clínica de AIEPI menor de 2m

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	CÓDIGO	GE-MA-003
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación	FECHA	30/03/2023
		HOJA	Página 9 de 15

- Historia clínica AIEPI de 2m a 5
- Historia clínica de apoyo al inicio temprano la lactancia materna al binomio madre - hijo

El tipo de letra ya está predefinida y el sistema no permite cambiarla, el folio se graba con el formato de hora militar y fecha, sin permitir alterar esta información.

Para el seguimiento diario del paciente el personal médico utiliza el diseño de historia clínica Evolución Médica, que ha sido derivada para algunas especialidades que requieren personalización:

- Evolución medica de especialista en el servicio de consulta externa.
- Evolución medica medicina general servicio de urgencias
- Evolución médica - unidad de cuidados intensivos 24 horas
- Evolución medica de especialistas – hospitalización

8.1. FORMATOS EQUIPO TERAPEUTAS DE LA HISTORIA CLINICA

- Evolución terapia respiratoria
- Evolución de terapia respiratoria piso
- psicoterapia individual por psiquiatría
- psicoterapia de grupo por psiquiatría
- psicoterapia de individual por psicología
- psicoterapia por psicología
- terapia ocupacional
- terapia ocupacional laboral o productiva
- terapia familiar por psiquiatría
- terapia de equipo interdisciplinario
- Registro de gases arteriales

8.2. FORMATOS DE REGISTRO DE TRABAJO SOCIAL EN LA HISTORIA CLINICA

- Estudio socio económico de los pacientes
- Seguimiento o evolución trabajo social
- consulta por trabajo social
- Evolución psicosocial
- Consentimiento informado ajustado para casos de violencia sexual

8.3. FORMATOS DE REGISTRO DE ENFERMERIA

El sistema de información Dinámica Gerencial.Net tiene el registro de enfermería que permite registro de:

- Control de signos vitales,
- Realizar notas de enfermería,

- Registro de líquidos,
- Glucómetros,
- Valoración Neurológica,
- Actividades de enfermería (Higiene, Actividad y Descanso, Cuidado de la piel, Medidas de Seguridad, Acceso Venoso, Drenajes, Oxígeno Terapia, procedimientos, Cuidado de Recién Nacidos),
- Actividades prequirúrgicas
- Control de Ventilación
- Control de Ingesta
- Control de Medicamentos
- Recuperación
- Examen físico
- Solicitud de insumos
- Devolución de Medicamentos
- Registro de egreso de pacientes uci neonatal
- Escala riesgos de caídas
- Score de Sevilla
- Incidencia de ulcera por presión - escala de brande
- Establecimiento de la lactancia materna al binomio madre- hijo
- Formato para la valoración de caídas; escala de J.H DOWNTON
- Test detección de cardiopatías congénitas en recién nacidos
- Protocolo de identificación prevención del riesgo y seguimiento de infección de sitio operatorio
- Formato para la valoración de caídas paciente pediátrico; escala de MACDEMS
- Evaluación del nivel de evitabilidad de las infecciones asociadas a la atención en salud
- protocolo de identificación prevención del riesgo y seguimiento de infección de sitio operatorio
- Evaluación del nivel de prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud

En físico se tiene los siguientes formatos:

- Consentimiento Informado para Procedimientos o Tratamientos
- Control de Administración de Insumos Biomédicos
- Egreso de la Persona Enferma de un Servicio de Hospitalización
- Ficha de Notificación SIVIGILA
- Formato de Autorización y Aceptación de la Transfusión Sanguínea
- Hoja de Gastos Cirugía
- Hoja de Gastos de Suturas e Insumos para Quirófanos
- Hoja de Recuperación
- Identificación del Riesgo de Caídas Escala de Morse
- Lista de Chequeo de Cirugía Segura
- Monitorización de Líquidos
- Tarjeta de Medicamentos
- Declaración de Retiro Voluntario

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por su Familia y la Vida NIT: 892399994-5</p>	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	CÓDIGO	GE-MA-003
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación	FECHA	30/03/2023
		HOJA	Página 11 de 15

9. ALMACENAMIENTO O ARCHIVO DE LA HISTORIA CLÍNICA FÍSICA

El auxiliar del área de archivo recoge todos los días en los diferentes servicios de la ESE HRPL las historias clínicas físicas, en ellas se llevan los registros físicos tales como sabanas de registro de signos vitales de UCI, control de administración de líquidos, consentimientos informados, programaciones quirúrgicas, autorizaciones y soportes de exámenes diagnósticos realizados durante la estancia, entre otras, las cuales son entregadas por el personal de facturación después de liquidada.

Posteriormente realiza el cargue manual en una plantilla de Excel en el cual relacionan las historias clínicas físicas que diariamente ingresan al archivo central de la institución para que quede con ingreso al área de estadística y se verifican los soportes. Si se encuentra alguna novedad se hace un reporte al profesional especializado de estadística, luego, el contratista asignado del área de archivo organiza en carpeta la historia clínica y la marca registrando el año de atención, nombres, apellidos y número de historia clínica y archiva la Historia Clínica en sus respectivos estantes establecidos por los tres últimos dígitos del documento de identidad del paciente.

Si el paciente ya posee Historia Clínica, se agregan los documentos en el sitio que tenga en archivo verificando su capacidad en la carpeta para la totalidad de los documentos; en el evento de no tener capacidad la carpeta antigua, se agrega una nueva en el mismo lugar y registra por número consecutivo 1,2,3.

9.1. MEDIOS TECNICOS DE REGISTRO, CONSERVACION Y CUSTODIA DE HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Para la conservación de los registros de historia clínica la ESE Hospital Rosario Pumarejo ha establecido el uso de las siguientes herramientas tecnológicas:

1. Servidor SQLSERVER, el cual realiza copia de seguridad (backup) de la información almacenada en Dinámica Gerencial cada 12 horas el cual es almacenado en un servidor externo al principal QNAP el cual tiene una capacidad de almacenamiento de 29TB.
2. Las copias de seguridad (backup) se respaldan en la nube (cloud) del drive el cual es reemplazado de manera diaria garantizándola conservación de la información
3. La ESE cuenta con el servicio de internet de internet segura y un servidor PROXY, que filtra todo el contenido web, con el fin de prevenir ataques cibernéticos y robos de la información
4. El Profesional especializado del área de sistemas y apoyo tecnológico realiza revisión de las copias de seguridad (backup) cada 8 días, restableciéndolos en una empresa de prueba externa para evaluar el funcionamiento correcto de los servidores.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	CÓDIGO	GE-MA-003
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación	FECHA	30/03/2023
		HOJA	Página 12 de 15

9.2. RETENCION Y TIEMPO DE CONSERVACION

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 15 años contados a partir de la fecha de la última atención: cinco (5) años en el archivo de gestión y diez (10) años en el archivo central.

Una vez transcurrido el término de conservación, deberá informarse al archivo central.

Para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán; si al momento de tener en custodia una historia clínica, esta llegare a formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente, lo cual deberá garantizar la entidad a cuyo cargo se encuentre la custodia, utilizando para tal fin los medios que considere necesarios.

Cumplidos dichos términos, el hospital debe coordinar la ejecución de los procesos técnicos necesarios para dar cumplimiento a lo establecido en la norma en lo referente a su eliminación.

9.3. CONDICIONES FISICAS DE CONSERVACION Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLINICA

El archivo de historias clínicas se conserva en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.

Acuerdo 049 de 2000, Por el cual se desarrolla el artículo del Capítulo 7 “Conservación de Documentos” del Reglamento General de Archivos sobre “condiciones de edificios y locales destinados a archivos”.

La ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, cuanta con un espacio bastante amplio para la conservación de los documentos de la historia clínica.

El archivo de historias clínicas se encuentra ubicado en la sede principal de la ESE HRPL, en un área exclusiva.

Las historias clínicas se encuentran agrupadas en carpetas legajadas con gancho plástico. Las unidades de almacenamiento (carpetas) son elaboradas a base de cartón. Se utiliza estantería fija para la organización de las historias, garantizando la manipulación de estas

La ESE HRPL es responsable de la custodia de la historia clínica y debe velar por la conservación de esta y responder por su adecuado cuidado El acceso a la historia clínica, se realiza en los términos previstos en la Ley.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	CÓDIGO	GE-MA-003
		VERSIÓN	001
		FECHA	30/03/2023
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación	HOJA	Página 13 de 15

9.4. ACCESO A LA HISTORIA CLINICA

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- El usuario.
- El equipo de salud.
- Las autoridades judiciales y salud en los casos previstos en la Ley.
- Las demás personas determinadas en la ley.

El acceso a la historia clínica se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

El Hospital Rosario Pumarejo de López – HRPL recolecta y almacena datos personales exclusivamente para realizar las actividades propias a la prestación de servicios de salud, por lo anterior, requiere obtener la autorización del usuario para que, de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, le permita a la Institución recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en distintas bases o bancos de datos.

Así mismo, con fundamento en el artículo 10 del Decreto 1377 de 2013, el HRPL queda autorizado de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda su información conforme a lo previsto en el presente documento y en lo definido en la Política de Tratamiento de Datos Personales (Resolución 172 de 2014), salvo que el usuario manifieste lo contrario de manera directa, expresa, inequívoca y por escrito según el procedimiento establecido en dicho documento.

La entrega de los registros clínicos de atención se realiza a través de la oficina de jurídica quien es la encargada de tramitar la solicitud escrita realizada por el usuario, en el caso que la solicitud no sea realizada por el titular deberá aportar un poder debidamente autorizado, en los casos que el titular halla fallecido solo se entregara a los familiares en primer grado de consanguinidad.

Para el control de acceso de la información consignada en el software administrativo y clínico, las restricciones se realizan desde el administrador de usuarios en el software:

- Se establecen los perfiles de los usuarios creando grupos de trabajo
- Se identifican las necesidades del usuario de cada estación, según las funciones que desempeña
- Cada uno de los usuarios establece la clave de acceso, la cual solo es conocida por él
- Se capacita al usuario sobre la responsabilidad de compartir la clave de acceso
- Periódicamente se evalúa el acceso de los usuarios al sistema y se identifican nuevas necesidades y fallas en el procedimiento de seguridad.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	CÓDIGO	GE-MA-003
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión Estratégica y Planeación	FECHA	30/03/2023
		HOJA	Página 14 de 15

9.5. CONTINGENCIA PARA LA HISTORIA CLINICA

Cuando se presenten fallas en el sistema informático de la Entidad, se recurrirá al diligenciamiento del formato en Word que se encuentra diseñado y ubicado en cada uno de los equipos el cual cumple con las especificaciones requeridas para la historia.

La ESE establece la activación de plan de contingencia en el servicio de consulta externa de manera inmediata, se realizará los registros de forma manual.

Para los servicios de hospitalización se activará el plan de contingencia si pasados los 60 minutos del inicio de la falla del sistema, se recurrirá al diligenciamiento de los formatos establecidos para tal fin, en el caso que no se cuente con energía eléctrica se realiza en forma manual.

Luego de reestablecido el sistema informático de la Entidad, el profesional debe actualizar la información en la historia clínica del paciente, procedimiento que se debe llevar a cabo durante turno que se presentó el evento.

10. COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.

La entidad ha definido mediante Resolución 052 del 2 de marzo de 2023, lo concerniente al funcionamiento del comité Historias Clínicas.

10.1. DEFINICION.

Defínase el comité de Historias Clínicas como el conjunto de personas que, al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia Clínica.

10.2. FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.

- a. Promover en la Institución la adopción de las Normas nacionales sobre el manejo de la Historia Clínica y velar por que esta se cumpla.
- b. Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de Normas y procedimientos de los Registros clínicos del prestador, incluida la Historia Clínica,
- c. Elevar a la gerencia las recomendaciones sobre los registros específicos y anexos que debe contener la Historia Clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- d. Elevar a la gerencia un informe sobre las depuraciones en el periodo establecido por la norma nacional vigente.
- e. Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del Archivo de Historias Clínicas
- f. Realizar seguimiento, con el fin de garantizar el cumplimiento del prescriptor a través de la plataforma **MIPRES y RETHUS**. En el caso del **RETHUS** para todos los profesionales de la salud a quienes aplique.

- g. Realizar auditoria aleatoria a cinco historias clínica en cada una de las reuniones de tipo ordinario del comité
- h. Las demás que le sean asignadas por el comité.

10.3. INTEGRANTES

- Subgerente científico.
- Planeación (Jefe oficina planeación o delegado)
- Enfermera líder de gestión clínica.
- Profesional especializado-quirúrgica
- Profesional especializado materno-perinatal.
- Profesional especializado urgencias
- Profesional especializado de estadística.
- Profesional en epidemiología.

11. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA LIBERACIÓN DOCUMENTO			MOTIVO DEL CAMBIO
	DIA	MES	AÑO	
001	30	03	2023	Documento actualizado en lo que refiere a contenido y nueva codificación y numeración documental.
	ELABORÓ:		REVISÓ:	APROBÓ:
NOMBRE	Irlena Patricia Nuñez Fuentes		Erika Giovana Diaz Londoño Y, Comité de Historias Clínicas del 30 de marzo de 2023	Duver Dicson Vargas Rojas
CARGO	Profesional Especializado de apoyo en Calidad (C)		Profesional Especializado de apoyo en Planeación	Agente Especial Interventor
FIRMA				